

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

18

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

S E M U C Nicolas

né le 28 Septembre 1930 à Miskolc (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ETATS REACTIONNELS EN PSYCHIATRIE

LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE DU GRAND MALADE

Président : Mr Jean DELAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : SEMUC

Prénom : Nicolas

Date de soutenance :

N° d'ordre :



1

SEMUC, Nicolas
Contribution à l'étude des états
réactionnels en psychiatrie.
Le syndrome de l'entourage
du grand malade.
Paris Dact. In 4° 85 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

2

SEMUC, Nicolas
Contribution à l'étude des états
réactionnels en psychiatrie.
Le syndrome de l'entourage
du grand malade.
Paris Dact. In 4° 85 p.
Thèse Med. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

3

SEMUC, Nicolas
Contribution à l'étude des états
réactionnels en psychiatrie.
Le syndrome de l'entourage
du grand malade.
Paris Dact. In 4° 85 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

4

SEMUC, Nicolas
Contribution à l'étude des états
réactionnels en psychiatrie.
Le syndrome de l'entourage
du grand malade.
Paris Dact. In 4° 85 p.
Thèse Med. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

S E M U C Nicolas

né le 28 Septembre 1930 à Miskolc (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ETATS REACTIONNELS EN PSYCHIATRIE

LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE DU GRAND MALADE

Président : Mr Jean DELAY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie.	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques.	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	DE GENNES (L.)
	MOREAU (R.)
	BARIÉTY (M.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale propédeutique	BOULIN (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LACOMME (M.)
	VARANGOT (J.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique	AUBIN (A.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie Sociale.	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	MICHAUX (L.)
Clinique psychiatrique infantile	LELONG (M.)
Clinique de puériculture.	COSTE (F.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale.	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique.	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale	FÉY (B.)
Clinique urologique.	DJOURNO (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	GIROUD (A.)
Embryologie.	SOULIÉ (P.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	VERNE (J.)
Histologie.	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance.	JOANNON (C.)
Hygiène et médecine préventive	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Médecine du Travail	GALLIARD (H.)
Parasitologie.	COUVELAIRE (R.)
Pathologie chirurgicale	LAVIER (G.)
Pathologie exotique.	LENÈGRE (J.)
Pathologie expérimentale et comparée.	MERKLEN (F.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel).	DECOURT (J.)
Pathologie médicale.	GARCIN (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	CHEYMOL (J.)
Pharmacologie et matière médicale.	BINET (L.)
Physiologie	DOGNON (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	PATEL (J.)
Tec nique chirurgicale	BROUET (G.)
Thérapeutique.	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	EFELMAS (A.), pr. s. ch.	Pathologie chirurgicale . . .	BARCAT (J.)
	CABROL (C.)		CAUCHOIX (J.)
	DEBEYRE (J.)		DUBOST (C.)
	OLIVIER (G.)		FAUREL (J.)
Anatomie pathologique . . .	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)	Pathologie expérimentale . .	FLABEAU (F.)
	pr. s. ch.		GERMAIN (A.)
	BUSSE (F.)		GOSSET (J.)
	GOUYGOU (Ch.)		LAURENCE (G.)
Anesthésiologie	N... N...	Pathologie médicale	LORTAT-JACOB (J.)
	HAUDUROY (P.) pr. s. ch. (dét.)		OLIVIER (Cl.)
Bactériologie	NÉVOT (A.) pr. s. ch.		POILLEUX (F.)
	CHRISTOL (D.)		THOMERET (G.)
	TOURNIER (P.)		VERNE (J. M.)
	BARBIER (P.)		N... N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr. s. ch. (dét.)	Pédiatrie	LÉPER (J.)
	DESCREZ (P.), pr. s. ch.		MAURICE (P.)
	POLONOVSKI (J.)		WAGUENAU (J.), pr. s. ch.
	SCHAPIRA (G.)		BOUDIN (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Pharmacologie	BOUVIER (J.B.)
	N... N...		BRICAIRE (H.)
Carcinologie	DUPERRAT (B.)		BRISAUD (H.)
	N... N...		CASTAIGNE (P.)
Dermato-Syphiligraphie . . .	N...		CONTE (M.)
	TUCHMAN-DUPLESSIS (H.)	Physiologie	DEROT (M.)
Electro-Radiologie	N... N...		DOMART (A.)
	COUJARD (R.) pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
Embryologie	N...		LAROCHE (C.P.)
	N...		MACREZ (Cl.)
Hématologie	CORNET (A.)		MILLIEZ (P.)
	BOYER (J.), pr. s. ch.	Physique médicale	PÉQUIGNOT (H.)
Hygiène	DEPARIS (M.), pr. s. ch.		RAMBERT (F.)
	BASTIN (R.)		ROYER (P.)
Maladies infectieuses	DEROBERT (L.), pr. s. ch.		THIEFFRY (St.)
	GAULTIER (M.)	Pneumo-Phthisiologie	TURIAF (J.)
Médecine légale	HADENGUE (A.)		WOLFROMM (R.)
	ALBAHARY (C.)		N...
Médecine du travail	DAVID (M.)		N...
	LHERMITTE (F.)	Psychiatrie	JOSEPH (R.)
Neuro-chirurgie	GRASSET (J.)		BOZZICCHIACCI (P.)
	LE LORIER (G.)		POLONOVSKY (Cl.)
Neurologie	LEPAGE (F.)		LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
	MERGER (R.)		N...
Obstétrique	MORIN (P.)	Psychiatrie infantile	BARJETA (D.), pr. s. ch.
	RAVINA (J.)		PARRUT (J.), pr. s. ch.
	ROBEY (M.)		DEJOURS (P.)
	BRÉGEAT (P.)	Rhumatologie	GOUGEROT (L.)
Ophtalmologie	DESIGNES (P.)		N...
	JUDET (R.)		KREIS (B.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.)		PICHOT (P.)
	MADURO (R.)	Stomatologie	N...
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch.		DELBARRE (F.)
	CHABAUD (A.)		CERNÉA (P.)
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch. (dét.)		CHAPUT (Mme A.)
	ABOULKER (P.)		CHASSAGNE (P.)
		Thérapeutique	PERRAULT (M.)
			KUSS (R.)
		Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

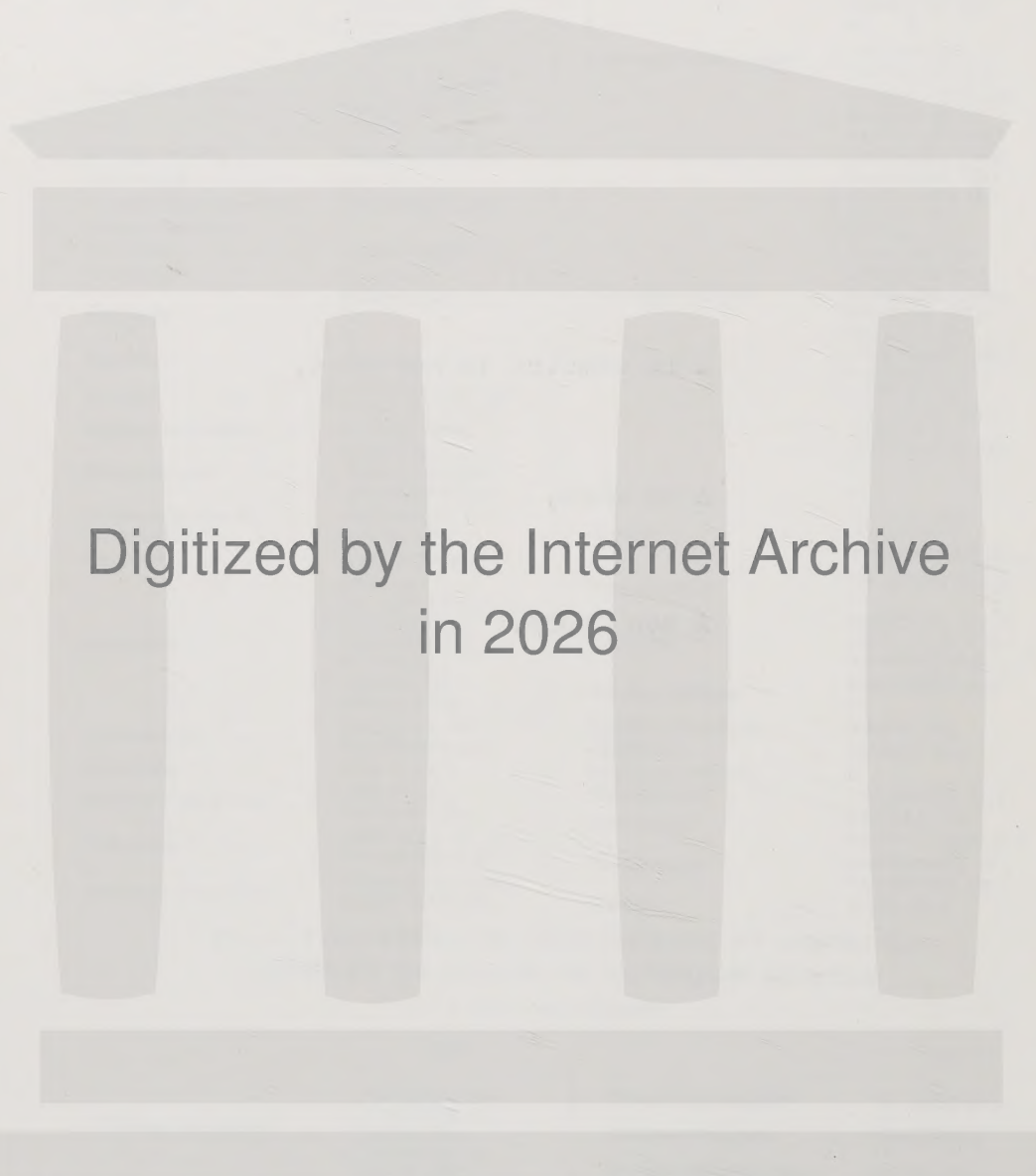
MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)	Clinique neurologique	DE SÈZE (S.)
	HUGUIER (J.)		MAYER (M.)
	LÉGER (L.)		OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)		LAPLANE (R.)
Clinique médicale	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique	BARUK (H.)
	DREYFUS (Gilbert)		
	KOURILSKY (R.)		
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)		
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)		
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)		
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père,

A ma mère,

A mon frère.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556006_0016

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de Clinique psychiatrique
de la Faculté de Médecine de Paris,

qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé PICHOT

qui a bien voulu nous aider
de ses encouragements.

I - INTRODUCTION.

Toute recherche, philosophique, artistique ou scientifique a un point de départ plus ou moins affectif, personnel, presque sentimental. Bien souvent, même à la base des travaux les plus arides, il y a un motif irrationnel. La raison est, certes, l'instrument le plus utile à la recherche, mais elle ne suffit pas à son entreprise. On n'entreprend une recherche d'ordre intellectuel que sur une intuition, une prévision plus ou moins précise du résultat de cette recherche. Cette prévision doit être exaltée pour que du domaine de la rêverie intellectuelle, on puisse passer dans celui de la recherche méthodique. L'exaltation de l'intuition apparaît comme le moteur de toute recherche méthodique, alors que la raison n'est que le directeur de cette recherche.

C'est pourquoi nous ne nous cachons pas d'avoir entrepris ce travail pour des motifs, avant tout, personnels. Nous avons souffert, nous et nos proches, du syndrome de l'entourage. Ses premières manifestations nous ont surpris ; nous avons cru voir les atteintes d'une anomalie mentale. La généralisation des manifestations pathologiques dans notre cercle familial a modifié notre opinion.

A l'occasion des remplacements de médecins que nous avons effectués, nous avons recherché dans l'entourage des grands malades que nous étions amenés à voir, l'existence de troubles comparables à ceux que nous avons remarqués dans notre milieu familial. A un degré variable, mais avec une constance étonnante, nous avons trouvé des troubles psychiques et affectifs dans l'entourage des grands malades que nous avons vus. L'intuition qui nous avait poussés à rechercher l'existence de ces troubles dans d'autres cercles familiaux que le nôtre, a été exaltée par l'expérience personnelle que nous avons. Nous savions fort bien ce qu'on peut souffrir sous l'action de l'infamale combinaison des soins à apporter à un grand malade, de l'irritabilité et de l'indifférence anormales de nos proches, et de la sensation du développement, en nous-mêmes, d'un comportement psychique insolite.

C'est avec une pleine compréhension que nous nous sommes penchés sur ces cas douloureux, que nous avons cherché à dégager ce qu'ils avaient en commun. Ce travail veut être un monument, bien modeste, dressé au calvaire des familles qui tiennent intensément à soigner leur grand malade elles-mêmes. Il ne vise pas à le glorifier, mais à montrer ce que cette obstination peut avoir de dangereux pour ces familles, très loin d'être préparées, psychiquement, à la tâche qui les attend, et cependant pous-

sées à cette obstination par la formation morale qu'elles ont reçue.

Du point de vue strictement rationnel, le syndrome de l'entourage du grand malade ne semble pas manquer d'intérêt. Il est assez bien individualisé par les troubles qui le composent, par ses circonstances d'apparition, par son évolution, par ses complications éventuelles. Il est très loin d'être une rareté. Par ses caractères évolutifs, par certaines de ses manifestations, il vient s'intégrer dans la classification des états psychiatriques déjà connus et bien étudiés. Par ailleurs, il tire un intérêt certain des graves complications qu'il peut avoir : psychoses, suicide, homicide, et sur lesquelles nous reviendrons. Le syndrome de l'entourage est donc une entité nettement définie, douée d'une individualité certaine, assez fréquente, cohérente et susceptible de s'intégrer à l'ensemble des états psychiatriques. Ces caractères le rendent digne de l'intérêt du chercheur.

Dans ce qui précède, nous n'avons pas cherché à justifier le choix du sujet de notre travail. Nous n'avons voulu que faire un exposé des motifs qui nous ont conduits à entreprendre cette étude, afin que le lecteur comprenne mieux comment et dans quel but nous la faisons. Une autre raison pour laquelle nous voulions exposer les motifs de notre travail, c'est que certains d'entre eux sont d'ordre affectif, personnel, et que ces motifs, qui ne ressortent pas de l'universalité de la raison, doivent être expliqués.

Nous allons maintenant donner quelques définitions préalables. On retrouvera souvent dans notre travail les termes :

- grand malade
- entourage

Il importe que nous précisions dès maintenant ce que nous entendons par ces termes.

- LE GRAND MALADE :

Il s'agit d'un sujet atteint d'une affection grave, nécessitant des soins nombreux, génératrice de traumatismes psychiques pour les sujets qui cohabitent avec le grand malade et qui le soignent. La grande maladie ainsi définie est, au moins, prolongée, et le plus souvent incurable. Entrent dans cette définition du grand malade :

- les sujets atteints de maladies neurologiques graves : -

- . hémiplegie après ictus cérébral
- . sclérosé en plaque
- . sclérose latérale amyotrophique
- . myélites chroniques, etc....

- les sujets atteints de cancers d'évolution prolongée,
- certains vieillards, plus ou moins athéromateux, psychiquement et physiquement diminués, porteurs de troubles urinaires, ou atteints de

fractures des membres inférieurs, incurables à cause de l'âge du sujet et les rendant, de ce fait, impotents,

- et d'autres maladies prolongées.

- L'ENTOURAGE :

C'est l'ensemble des sujets qui cohabitent avec le grand malade et qui lui fournissent des soins directs ou indirects, d'une façon suivie. Par soins indirects, nous entendons, par exemple, le lavage des linges souillés par un incontinent. Pour parler d'un sujet qui remplit les conditions que nous venons de définir, nous emploierons, dans la suite de notre travail, le terme : membre d'entourage.

Nous ferons précéder nos observations d'une brève introduction clinique. Nous étudierons le syndrome de l'entourage comme un état psychiatrique qui apparaît chez des sujets appelés à vivre auprès d'un grand malade et à lui donner des soins d'une façon suivie. L'accumulation des traumatismes psychiques constitués par les soins et les manifestations spectaculaires de la grande maladie semble être responsable de l'apparition du syndrome. D'autres facteurs, tels que les modifications du caractère du grand malade, l'isolement avec le grand malade, les soucis pécuniaires, jouent un rôle important.

Les principales manifestations du syndrome sont :

- . un état dépressif plus ou moins fruste ;
- . des signes d'hyperexcitabilité nerveuse tels que tics, torsion des mains, mouvements superflus des doigts, tremblement léger ;
- . surtout une irritabilité particulière, presque entièrement tournée contre le grand malade. Le comportement du membre d'entourage, vis-à-vis du grand malade se modifie d'une façon inattendue pour le spectateur non averti. On voit se développer des tendances agressives, exacerbées par les modifications du caractère du grand malade lui-même. Les demandes du grand malade sont discutées, les soins deviennent brusques ou même brutaux. Le membre d'entourage ne cache pas sa lassitude, même au grand malade.

L'évolution de l'état de l'entourage présente un certain parallélisme avec celle du grand malade ; mais ces deux évolutions ne sont pas superposables, et ceci pour deux raisons : d'une part, parce que l'état de l'entourage n'est pas influencé par l'état réel du grand malade mais par son état apparent, d'autre part du fait que la mort du grand malade amène, après une crise de douleur morale, l'amélioration définitive de l'état de l'entourage.

Le syndrome de l'entourage est susceptible de se compliquer. On peut observer d'abord des manifestations paroxystiques quelquefois très impressionnantes. D'autre part, il peut survenir des évolutions graves, vers une psychose de type réactionnel, vers le suicide, et enfin vers

une complication particulièrement intéressante : l'homicide commis sur la personne du grand malade, qu'on a expliqué presque toujours par des pensées humanitaires et auquel on donne le beau nom d'"euthanasie". Nous tenterons de montrer plus loin que l'euthanasie est, le plus souvent, une complication du syndrome de l'entourage, apparaissant dans des conditions particulières.

Le syndrome de l'entourage, en lui-même, est bénin. Il guérit lorsque l'expérience vécu prend fin. Les psychoses qui peuvent le compliquer sont, elles aussi, assez rapidement curables.

Des séquelles peuvent subsister sous forme de troubles du sommeil et de modifications du caractère. Ces modifications du caractère, qu'on nomme souvent "le bienfait des épreuves", peuvent avoir des conséquences importantes pour l'existence future du sujet qui en est porteur.

Nous espérons que cette vue très générale sur le syndrome de l'entourage sera un guide utile dans l'étude clinique que nous allons aborder maintenant.

II - ETUDE CLINIQUE.

Tout d'abord, il nous faut dire qu'il n'était pas possible de trouver nos sujets en milieu hospitalier. Ce n'est que dans certaines conditions, de travail, génératrices de surmenage, et, hélas, assez fréquentes, que le personnel soignant des hôpitaux peut présenter des troubles nerveux. Ces troubles sont différents du syndrome de l'entourage et cela s'explique. En effet, psychiquement, le personnel hospitalier est préparé aux aléas de sa profession et ceux-ci sont bien moins traumatisants pour lui, que pour un cercle familial non aguerri ni expérimenté. D'autre part le personnel hospitalier ne cohabite pas avec le grand malade et ne lui fournit pas des soins continus de jour et de nuit. Sortis de l'hôpital, les membres du personnel hospitalier retrouvent le monde, une famille, des habitudes, des goûts qui sont autant de dérivatifs à des préoccupations, somme toute, professionnelles. Les membres du personnel hospitalier ne répondent donc pas aux conditions définies plus haut. Il en est de même des membres d'entourage dès que le grand malade n'est plus au foyer. De fait, les membres d'entourage que nous avons pu voir à l'hôpital, en visite près de leur grand malade, ne présentaient plus de troubles importants.

C'était donc uniquement au domicile, et au chevet, du grand malade que nous pouvions trouver nos sujets. Nous les avons suivis à la faveur des soins que nous étions appelés à apporter au grand malade, en tant que remplaçant du médecin traitant.

Pour nos observations, nous avons suivi un plan particulier que nous allons, rapidement, exposer.

I - LES GENERALITES

comprendront, après les indications d'état civil, un aperçu sur la présentation générale du sujet :

- aspect général
- apparence
- niveau intellectuel
- caractère en temps normal.

Ensuite un exposé des antécédents personnels :

- intellectuels
- affectifs
- pathologiques.

Puis un exposé des antécédents familiaux.

Puis une étude du milieu familial portant sur :

- le nombre
- l'âge
- le sexe
- le caractère et la valeur morale des membres du cercle familial.

Enfin l'étude des conditions matérielles d'existence :

- logement
- moyens pécuniaires.

L'étude de ces généralités peut permettre de dégager les conditions générales de l'apparition du syndrome de l'entourage.

II - LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE.

Cette partie de l'observation comprend l'étude du cas du grand malade, aussi brève que possible, et l'étude du cas du membre d'entourage.

a) - le grand malade

Diagnostic de l'affection et rapide histoire de la maladie, indispensable si l'on pense que l'évolution du syndrome est subordonnée à l'évolution apparente de la grande maladie.

Exposé des manifestations de la grande maladie ayant un retentissement sur le psychisme de l'entourage, soit par elles-mêmes, soit par les soins qu'elles nécessitent.

Appréciation aussi objective que possible de la valeur des liens sentimentaux existant entre le grand malade et le membre de l'entourage.

b) - l'entourage

Histoire du syndrome.

Examen physique :

- cardiovasculaire
- pulmonaire
- neurologique.

Tentatives thérapeutiques :

- médicamenteuses
- psychothérapiques.

Puis un exposé des antécédents familiaux.

Puis une étude du milieu familial portant sur :

- le nombre
- l'âge
- le sexe
- le caractère et la valeur morale des membres du cercle familial.

Enfin l'étude des conditions matérielles d'existence :

- logement
- moyens pécuniaires.

L'étude de ces généralités peut permettre de dégager les conditions générales de l'apparition du syndrome de l'entourage.

II - LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE.

Cette partie de l'observation comprend l'étude du cas du grand malade, aussi brève que possible, et l'étude du cas du membre d'entourage.

a) - le grand malade

Diagnostic de l'affection et rapide histoire de la maladie, indispensable si l'on pense que l'évolution du syndrome est subordonnée à l'évolution apparente de la grande maladie.

Exposé des manifestations de la grande maladie ayant un retentissement sur le psychisme de l'entourage, soit par elles-mêmes, soit par les soins qu'elles nécessitent.

Appréciation aussi objective que possible de la valeur des liens sentimentaux existant entre le grand malade et le membre de l'entourage.

b) - l'entourage

Histoire du syndrome.

Examen physique :

- cardiovasculaire
- pulmonaire
- neurologique.

Tentatives thérapeutiques :

- médicamenteuses
- psychothérapiques.

Etude de l'évolution suivie par nous, au cours de laquelle nous rechercherons les corrélations entre l'évolution du syndrome et celle de la grande maladie, notamment l'effet sur le syndrome :

- de l'amélioration apparente de l'état du grand malade ou de de sa guérison ;
- de la séparation du grand malade et du membre d'entourage par le départ de l'un ou de l'autre, ou par la mort du grand malade.

Enfin, le cas échéant, une rubrique sera consacrée à l'étude des séquelles du syndrome dans le cas particulier.

Nous présentons huit observations dont six ont été prises à l'occasion de nos remplacements de médecin, et deux dans notre milieu familial.

OBSERVATION N° 1.

I - GENERALITES.

Mme Fl..., rue des Rosiers à Saint-Ouen (Seine). Agée de 46 ans. Ancienne secrétaire.

Il s'agit d'une femme de taille moyenne, d'apparence assez robuste, au teint clair. Le visage est ouvert, l'expression franche, pondérée, un peu triste. L'intelligence, sans être exceptionnelle, est vive. Le raisonnement est juste et solide. En temps normal les traits principaux du caractère étaient la bonté, l'énergie, l'agilité d'humeur sans grande gaîté.

Antécédents personnels.

- Intellectuels.

Mme Fl... a poursuivi des études jusqu'au Brevet Elémentaire. Elle a toujours eu un grand goût pour la lecture d'auteurs classiques.

- Affectifs.

Elevée de façon assez sévère, Mme Fl... s'est mariée une première fois par amour. Elle a été abandonnée par son mari avec son fils en bas âge. ce fils, qui présente un retard du développement intellectuel, a toujours été une cause de soucis pour elle.

Au moment où nous la voyons, en 1956, elle est remariée depuis deux ans avec M. Fl..., de trente ans son aîné, qu'elle connaissait depuis fort longtemps. Cette union est basée sur une estime mutuelle.

- Pathologiques.

Rien de notable. Depuis un an environ quelques troubles préménopausiques.

Antécédents familiaux.

Un frère et une soeur bien portants.

Mère décédée à l'âge de 60 ans, d'une néoplasie.

Père âgé de 87 ans, bien portant.

Milieu familial.

Il se compose de trois personnes :

- Mme Fl...

- M. Fl..., son mari, âgé de 76 ans, vieillard grand malade, foncièrement bon mais au caractère aigri par un veuvage prolongé et la maladie.

- J-C. X... le fils de Mme Fl..., ouvrier boulanger, en instance de départ pour le service militaire, et qui ne peut être d'un grand secours pour sa mère à cause de son retard intellectuel et de la fatigue résultant de sa profession.

Conditions matérielles. Elles sont bonnes.

Logement clair et confortable.

Moyens pécuniaires suffisants.

2 - LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE

a) - Le grand malade.

Il s'agit du mari de Mme Fl..., âgé de 76 ans, vieillard lourdement touché par les affections qui grèvent souvent la vieillesse.

M. Fl... a subi une prostatectomie il y a quatre ans. Certains troubles urinaires subsistent, notamment de l'incontinence.

De plus, il présente diverses atteintes en rapport avec une artériosclérose généralisée :

- emphysème pulmonaire important avec toux, dyspnée à prédominance nocturne, complications hivernales ;

- troubles coronariens : crises d'angor et même petit infarctus du myocarde. Ces troubles sont compliqués par un coeur pulmonaire chronique ;

- artérite des membres inférieurs avec claudication intermittente ;

- signes de ramollissement cérébral en foyers avec paralysies oculaires, troubles de l'élocution, parésie des membres inférieurs allant quelquefois jusqu'à la chute dans la rue ou dans l'appartement, et de temps à autre une incontinence anale.

Cet ensemble s'est constitué en un peu plus de trois ans. Quelles sont ses manifestations qui ont eu un retentissement défavorable sur le psychisme de l'entourage ?

- Les incontinenances urinaires et anales avec la nécessité de nettoyer le malade et les linges souillés.

- Les déficits moteurs qui créent l'obligation d'aider le malade à se déplacer ou même de le porter.

- Les crises de dyspnée, très pénibles à voir et facteur de fatigue supplémentaire pour le membre d'entourage, qui ne peut dormir lorsqu'elles sont nocturnes.

- Enfin l'aspect du grand malade, cyanosé, avec l'expression particulière de son regard due à la cycloplégie, et son comportement général avec les modifications pénibles de son caractère, les troubles de son élocution, les anomalies de ses gestes gênés par les déficits moteurs.

Pour ce qui est des liens sentimentaux existant entre Mme Fl... et son grand malade, il nous a semblé qu'ils relevaient d'une affection certaine et que Mme Fl... donnait à son mari les soins les plus attentionnés.

b) - L'entourage.

1) - Histoire du syndrome.

Au moment où nous voyons Mme Fl..., en mars 1956, ce n'est que depuis deux mois qu'elle ressent des troubles importants.

Cela a commencé par le développement d'une irritabilité ; Mme Fl... était énervée par la discussion, par les bruits de la rue ou des voisins. Cette irritabilité s'est rapidement tournée contre le grand malade ; aux demandes du grand malade, à l'aide qu'il fallait lui apporter, elle a senti naître en elle une irritation difficile à contenir. Elle a commencé à lui faire des remarques acerbes ; les gestes exigés par les soins ont pris un caractère de brusquerie que Mme Fl... ne pouvait maîtriser. Mme Fl... ne pouvait rester auprès du grand malade que par un effort constant.

Depuis quelque temps déjà, Mme Fl... souffrait de troubles du sommeil ; ils ont évolué vers des insomnies fréquentes ; Mme Fl... ne pouvait pas s'endormir ou bien se réveillait au milieu de la nuit.

Une hyperémotivité est apparue rapidement ; Mme Fl... a pleuré souvent pour des motifs futiles.

Quelquefois elle a ressenti des bouffées anxieuses, surtout la nuit quand elle ne dormait pas ; elles se caractérisaient par une angoisse vague qui venait remplir tout le champ de la pensée, accompagnée d'une sensation de gêne respiratoire.

Enfin elle s'est sentie envahie par un grand pessimisme ; l'avenir lui est apparu terrible, ses idées de tous les jours étaient tristes. En même temps, son activité physique et psychique se ralentissait, son initiative pratique diminuait.

Au total s'est constitué un ensemble comprenant :

- irritabilité particulièrement tournée contre le grand malade ;
- état dépressif avec ralentissement psychique, diminution de l'initiative, pessimisme, bouffées anxieuses, insomnies, hyper-émotivité ;

Par ailleurs Mme Fl... souffrait de spasmes digestifs et de pyrosis.

L'irritabilité présentait une recrudescence dans la dernière semaine du cycle menstruel.

2) - Examen physique.

Examen cardio-vasculaire :

- Pouls régulier à 76/minute.
- T.A. 14.9
- Coeur : normal.

Examen pulmonaire : Rien à signaler.

Examen neurologique : Réflexes normaux.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutique médicamenteuse.

Nous avons d'abord prescrit trois injections intra-musculaires mensuelles de l'association testostérone-progestérone (Testoviron-Progestérone) pour lutter contre les troubles prémenstruels. Le résultat a été bon.

Nous avons prescrit pour lutter contre les insomnies des barbituriques d'élimination rapide : Immenoctal Roussel et Médomine Geigy deux comprimés le soir avant le coucher.

Pour la journée nous avons prescrit la prise de six comprimés de N-Oblivon et plus tard, nous avons remplacé le N-Oblivon par la Benactyzine : 3 comprimés par jour. Les résultats ont été assez incomplets. L'irritabilité de la malade restait intacte ; nous avons surtout vu regresser l'anxiété et le pessimisme.

- Psychothérapie.

Notre seule présence assez fréquente a eu un effet remarquable sur l'état de Mme Fl... Nous avons usé, pour ce bon résultat, d'une psychothérapie simple, basée sur des conversations familières, des explications,

des bavardages sur des eujets variés.

Au début, ce comportement thérapeutique n'avait pas, de notre part, quelque chose de systématique, mais nous avons remarqué combien l'état de Mme Fl... était amélioré par nos visites ; elle était plus active, elle se remettait à lire, elle avait plus d'initiative. Cependant, de son propre aveu, cette amélioration ne se maintenait que pendant que nos visites étaient fréquentes.

4) - Evolution ultérieure.

Elle s'est caractérisée surtout par l'accentuation de l'état dépressif avec lassitude matinale, négligences, idées de suicides ; Mme Fl... ne cachait pas sa lassitude de la maladie de son mari ; elle guettait avec attention les signes d'une aggravation annonçant la mort prochaine du grand malade. Mme Fl..., nous a-t-il semblé, espérait inconsciemment cette issue, tout autant qu'elle la craignait en conscience.

En dehors des améliorations attribuables au traitement, d'ailleurs assez irrégulièrement suivi, nous avons noté dans l'état de Mme Fl... des périodes de rémission assez longues pendant lesquelles l'ensemble des troubles régressait. Ces périodes coïncidaient avec les périodes de beau temps. L'influence du beau temps sur le psychisme de Mme Fl... ne nous semble pas une explication suffisante à ces périodes d'amélioration ; nous avons pensé que, pour les expliquer, il fallait tenir compte de l'amélioration de l'état du grand malade à la belle saison ; en effet, par temps chaud et sec, les troubles respiratoires du grand malade s'amendaient. De ce fait, la cohabitation avec lui devenait moins traumatisante pour le psychisme du membre d'entourage, ce que le membre d'entourage nous a confirmé lui-même.

Nous notons que, pendant tout ce temps, Mme Fl... a énergiquement refusé l'hospitalisation du grand malade.

En juin 1957 l'état du grand malade s'est brutalement aggravé par la survenue d'un ictus apoplectique qui a nécessité son hospitalisation. Au moment de l'accident nous avons trouvé Mme Fl... en larmes, désorientée, dans un état semi-confusionnel. Un jour après, déjà, elle nous a semblé rééquilibrée, moins nerveuse même qu'avant l'accident, digne, relatait avec calme et précision ce que lui avait dit l'interne de la salle à la visite. Dans les jours qui ont suivi, l'irritabilité et l'hyperémotivité de Mme Fl... se sont estompées. Dans la solitude de l'appartement Mme Fl... nous a paru vivre détendue, sans inquiétude et sans gaîté. Ce calme s'est maintenu, sans que la mort du grand malade, survenue une dizaine de jours après son hospitalisation, le détruise vraiment. A cette occasion Mme Fl... s'est montrée, au contraire, très raisonnable et raisonnante, entrant facilement dans nos vues et venant même les corroborer par des raisonnements du type : "C'était inévitable...", Ca vaut mieux comme ça ; ce n'était plus une vie, ni pour lui, ni pour moi".

Un retard de règle de deux mois a succédé à cet épisode. Du point de vue psychique et affectif, nous avons pu cependant considérer Mme Fl... comme définitivement améliorée, ou, compte tenu des séquelles, guérie.

5) - Séquelles.

Elles nous ont semblé assez délicates à définir pour deux raisons :

- d'une part, avant cette histoire, notre malade avait déjà été lourdement éprouvée par la vie, d'où des modifications du caractère, de type post-réactionnel, antérieures à l'histoire qui nous intéresse, et dont il fallait tenir compte ;

- d'autre part, sur le plan physiologique, notre malade traversait une période critique, la préménopausse, entraînant des modifications provisoires du psychisme dont il fallait aussi faire la part.

Deux types de troubles nous ont cependant paru susceptibles d'être retenus au titre des séquelles, parce qu'aux dires mêmes du sujet, ils étaient d'apparition récente et avait un caractère persistant :

- une certaine défiance accompagnée d'agressivité à l'égard des gens avec lesquels Mme Fl... avait des rapports d'affaires ;

- des troubles du sommeil ; assez rarement insomnie véritable, mais très souvent sensation de sommeil incomplet, trop superficiel.

OBSERVATION N° 2.

I - GENERALITES.

Mme Fr..., rue Damrémont, Paris (18°). 44 ans.

Sans profession. C'est une femme de petite taille, d'allure très jeune, à l'expression intelligente et sensible et dont émane un charme indéniable. Intelligence très développée, portée aux problèmes philosophiques et sociaux, sensibilité très grande surtout dans ce qui touche aux arts. Beaucoup d'esprit critique. En temps normal le caractère de Mme. Fr... était essentiellement enjoué, avec une grande capacité d'émotion, un grand amour de la vie. Avant la maladie de son mari il ne se passait pas de jour qu'elle ne sorte en ville. Donc, tempérament curieux et actif.

Antécédents personnels.

- Intellectuels.

Etudes secondaires ; lectures nombreuses et bien choisies.

- Affectifs.

Enfance assez heureuse. Mme Fr... s'est mariée il y a une vingtaine d'années avec M. Fr..., ingénieur-chimiste, de 17 ans son aîné. Malgré la différence d'âge, cette union a été heureuse. Mme. Fr... a toujours eu d'importantes activités sociales. En 1940 elle est passée en conseil de guerre avec son mari, alors officier, et a subi un emprisonnement de plusieurs mois, à cause de ses opinions.

- Pathologiques.

Rien de particulier à signaler.

Antécédents familiaux.

Père décédé.

Mère bien portante

Une soeur bien portante.

Milieu familial.

Il se compose de deux personnes :

- Mme Fr...

- Son mari, âgé de 61 ans, grand malade, en temps normal très bon mais bourru, intelligent mais montrant peu de sensibilité. Une première expérience conjugale malheureuse, le manque de réussite dans son métier, la maladie ensuite, ont rendu son caractère difficile.

Conditions matérielles.

Elles sont bonnes.

Logement confortable. Moyens d'existence suffisants.

2 - LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE.

a) - Le grand malade.

M. Fr... est atteint d'une carcinose généralisée à point de départ indéterminé, découverte fortuitement au cours de la cure chirurgicale d'une vieille éventration (Dr. Rouvillois). Une longue histoire d'asthénie et d'anémie avait été mise sur le compte d'une intoxication professionnelle. Dès le diagnostic porté en mai 1957, un traitement médical est mis en oeuvre. Ce traitement semble avoir ralenti l'évolution qui, selon le chirurgien, devait être fatale en deux mois. Nous assistons ainsi à l'évolution, au ralenti, d'une carcinose généralisée. L'asthénie, l'anorexie augmentent ; l'amaigrissement devient impressionnant, contrastant avec le ballonnement de l'abdomen où apparaît une lame d'ascite.

Des métastases diverses se manifestent, surtout ostéo-articulaires, provoquant le blocage douloureux de grosses articulations : hanches, épaules. La colonne vertébrale est bloquée dans sa portion dorso-lombaire. Les algies tant articulaires que radiculaires deviennent intenses, ne cédant qu'au Palfium. Des troubles digestifs importants apparaissent : nausées, vomissements, constipation opiniâtre. Le caractère du grand malade est devenu très difficile : exigences presque puériles, agressivité, versatilité, inquiétude car il ignore sa situation réelle. Il tourmente sans cesse sa femme, il l'empêche de sortir même pour faire des courses toutes proches.

Quelles sont les manifestations de la grande maladie nettement traumatisantes pour le psychisme de l'entourage ?

- Le déficit moteur consécutif aux blocages articulaires et à l'asthénie ; il faut aider M. Fr... pour la plupart des mouvements importants.

- Les troubles digestifs, par leur importance, par leur fréquence, par l'action qu'ils ont sur le caractère du grand malade.

- Les modifications du caractère du grand malade.

- Les insomnies du grand malade pendant lesquelles il accable sa femme de reproches et de récriminations.

- L'aspect général du grand malade, pâle, squelettique avec un abdomen énorme, ses gestes qui s'accomplissent avec lenteur et suivant des modalités anormales du fait des déficits moteurs et de la douleur.

Les liens entre Mme Fr... et le grand malade sont surtout très affectueux ; Mme Fr... refuse l'hospitalisation du grand malade, ou, tout au moins, ne l'admet que comme un recours dans la dernière extrémité.

b) - L'entourage.

Il s'agit de Mme Fr... seule.

1) - Histoire du syndrome.

Lorsqu'elle a connu la maladie de son mari, Mme Fr... a été bouleversée mais elle a réagi sagement. Elle a fait face à la situation avec tout le courage qu'on pouvait attendre d'elle. Quand nous l'avons vue, peu de temps après l'intervention qu'avait subie son mari, nous l'avons trouvée calme et lucide.

Puis, en un mois à peu près, elle a senti naître en elle une nervosité croissante ; nous l'avons vue nous-mêmes dans un état évident d'hyperexcitation nerveuse, parlant d'une façon un peu saccadée, ayant quelques contractions spasmodiques du visage.

Des insomnies sont apparues peu après, même lorsque le grand malade, assommé par les barbituriques, dormait. Les choses se sont précisées par le développement d'une irritabilité exclusivement tournée contre le grand malade ; de son propre aveu, Mme Fr... se sent irritée par les demandes du grand malade, par les soins qu'elle doit lui donner, l'aide qu'il faut lui fournir, et elle ne peut lui cacher cette irritation. Le grand malade se plaint même quelquefois de la brusquerie de certains gestes de Mme Fr... lorsqu'elle le soigne. Mme Fr... était elle-même très peinée de cette irritabilité qu'elle ne pouvait contenir.

Par contre, avec le reste du monde elle était amène ne s'irritant ni des bruits de la rue ni de ceux des voisins, entretenant avec ses amis des rapports toujours cordiaux. Par ailleurs, l'émotivité de Mme Fr... n'a pas présenté, à ce moment, une augmentation anormale.

Après quelques mois nous avons remarqué chez Mme Fr... une asthénie psychique croissante ; elle n'avait plus envie de penser, plus envie de lire ; elle se désintéressait de toutes les activités qui l'avaient captivée. Cependant, son initiative pratique était intacte, sans négligences. Le développement de cette asthénie psychique était accompagné de quelques petites sensations d'anxiété, surtout nocturne, avec des spasmes ; sensation de "boule dans la gorge", et de pessimisme.

Au total :

- irritabilité exclusivement déclenchée par le grand malade ;
- état dépressif très fruste avec insomnies, petites bouffées anxieuses, psychasthénie et pessimisme. L'hyperémotivité, la diminution de l'initiative pratique sont absentes.

2) - Examen physique.

Examen cardio-vasculaire : pouls à 84 puls./min.

T.A. 12.8

coeur : bruits normaux.

Examen pulmonaire : Rien à signaler.

Examen neurologique : Réflexes normaux. La recherche du signe de Chvostek est légèrement positive.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutique médicamenteuse. Nous avons prescrit le calcium en ampoules buvables : deux ampoules par jour (Calcium Corbière).

Nous y avons joint le N-Oblivon : trois comprimés dans la matinée, et des spécialités sédatives associant le phénobarbital et la phyto théra-

pie antispasmodique : Epanal I, puis Sympa thyl Chantereau : trois comprimés dans la deuxième moitié de la journée.

- Psychothérapie. Nous avons établi avec la malade des contacts amicaux. Nous avons d'assez longues conversations avec elle, tant sur son problème que sur des sujets très variés. Nous lui avons donné, dans la mesure de nos moyens, des conseils et des encouragements.
- Résultats. Le traitement médicamenteux a eu immédiatement un bon effet sur les troubles du sommeil. Il n'a pratiquement pas modifié le comportement diurne de Mme Fr...

Par contre, à partir du moment où le contact entre la malade et nous a été suffisamment amical, nous avons vu la malade se détendre dans la journée, reprendre un intérêt pour ses activités anciennes, se montrer moins irritable avec le grand malade. Ce résultat remarquable de la psychothérapie ne se maintenait, malheureusement, que pendant les périodes où nos visites étaient assez fréquentes.

4) - Evolution ultérieure.

Nous l'avons suivie pendant près d'un an, en observant Mme Fr... mais aussi en l'interrogeant sur son comportement en notre absence, car notre présence, modifiant son comportement spontané, pouvait être une cause d'erreur.

Presque parallèlement à l'aggravation visible de l'état du grand malade, nous avons vu les manifestations du syndrome s'exacerber chez le membre d'entourage. L'agressivité à l'égard du grand malade s'est accrue ; Mme Fr... en est arrivée à critiquer les troubles dont il se plaignait et même à dire que certains de ses malaises n'étaient que simulés.

A plusieurs reprises, devant une baisse plus ou moins réelle de l'état général du grand malade, nous avons vu Mme Fr... s'attendre à sa mort avec une sorte d'impatience.

La psychasthénie et la lassitude générale ont pris une place prépondérante dans l'état de Mme Fr... ; à plusieurs reprises nous l'avons trouvée en larmes, ce qui, chez cette femme que nous n'avions jamais vu pleurer auparavant, nous est apparu comme un indice de grande fatigue nerveuse.

Le pessimisme s'est accru également, se manifestant par de fréquentes allusions à la nécessité du suicide, seule solution envisagée par Mme Fr... à certains moments.

Notons cependant que, comme nous l'avons dit à propos du traitement, les périodes où nous venions fréquemment correspondaient à une amélioration.

tion de l'état de Mme Fr... et que, d'autre part, une amélioration se manifestait également lorsque, sous l'effet de traitements symptomatiques, certains troubles du grand malade s'amendaient de façon suivie.

Actuellement, la situation est encore telle que nous venons de la décrire ; le grand malade, toujours vivant, est encore à son foyer.

Il n'y a donc pas lieu d'étudier les séquelles, puisque l'expérience vécue se poursuit. Ce que nous pouvons dire à propos des séquelles, c'est que nous craignons qu'elles ne soient importantes car jusqu'aux circonstances que nous venons d'étudier, Mme Fr... n'a pas été lourdement éprouvée par la vie. En effet, le Conseil de guerre et l'emprisonnement qui s'en est suivi (voir plus haut) en 1940, ont été attendus par le sujet dans l'exaltation que procure la défense d'une opinion pleinement ressentie ; de ce fait, nous ne pensons pas que cette circonstance de sa vie ait été vraiment traumatisante pour le psychisme de Mme Fr...

OBSERVATION N° 3

I - GENERALITES

Melle Wur... Rue Lepic, Paris (18°). 48 ans.

Ancienne journaliste. A abandonné l'exercice de sa profession il y a une dizaine d'années, pour venir vivre avec sa mère, alors âgée de 82 ans.

Lorsque nous voyons Melle Wur..., en août 1957, c'est une femme assez grande, mince, au visage amaigri, aux yeux enfoncés dans les orbites.

L'expression est triste et inquiète ; la mimique est d'une mobilité excessive. Bien que Melle Wur... semble toujours se tenir sur la défensive, on parvient à la détendre un peu et à se rendre compte qu'elle possède une intelligence supérieure à la moyenne. Selon elle, son caractère en temps normal était sérieux, calme mais actif, très équilibré.

Antécédents personnels.

- Intellectuels.

Etudes secondaires. La profession du sujet l'a mis en contact avec de nombreux milieux dont il a gardé un souvenir vivace.

- Affectifs.

Enfance heureuse. Par la suite, Melle Wur... a eu une vie sentimentale équilibrée, sans chagrins notables.

- Pathologiques.

- Séjour de six mois au préventorium à l'âge de 20 ans.
- Règles irrégulières depuis quatre ans ; quelques bouffées de chaleur actuellement.

Antécédents familiaux.

Père décédé à l'âge de 70 ans.

Mère encore vivante à l'âge de 92 ans.

Une soeur, plus âgée que le sujet, est bien portante, mariée et mère de deux enfants.

Milieu familial.

Melle Wur... vit seule avec sa mère âgée de 92 ans. Celle-ci, affligée de tous les maux de la vieillesse avancée, est presque gâteuse. La soeur mariée de Melle Wur... ne vient que rarement la voir ; elle évite au maximum de se plonger dans une atmosphère qui lui est pénible et, par égoïsme et manque de temps, laisse Melle Wur... seule avec sa mère.

Conditions matérielles.

Elles sont bonnes ;

- grand logement clair et bien meublé
- moyens d'existence suffisants.

2 - LE SYNDROME DE L'ENTOURAGE

a) - Le grand malade.

Il s'agit de la mère de Melle Wur..., âgée de 92 ans. Cette très vieille femme est très diminuée psychiquement ; elle ne parle que peu et avec de grandes difficultés d'articulation ; sa maigre conversation est strictement puérile ; elle reste prostrée dans un fauteuil le plus souvent. Elle est cependant capable d'exigences, toujours futiles, mais auxquelles elle s'accroche avec une ténacité exaspérante, insistant pendant des heures pour qu'une porte soit ouverte ou fermée, pour qu'un rideau soit tiré, etc...

Elle est fréquemment sujette à des incontinences, surtout urinaires, quelquefois anales, après lesquelles il faut la nettoyer malgré sa mauvaise volonté. Il faut d'ailleurs la surveiller pour qu'elle fasse ses besoins, car elle ne demande presque jamais d'elle-même à les faire.

La mère de Melle Wur... est aussi très diminuée physiquement ; asthénique, les hanches bloquées par de l'arthrose, les membres inférieurs très lourds et maladroits. Cette maladresse des membres inférieurs répond probablement à une paraplégie d'origine centrale. Des lésions centrales artério-scléreuses expliquent aussi, vraisemblablement, les difficultés de la parole et la faillite du psychisme.

Par ailleurs, la vieille femme souffre de sclérose pulmonaire, associée à un coeur pulmonaire chronique, qui nécessite un traitement continu et se complique presque tous les hivers.

En août 1957, un accident fait de cette grande malade une impotente absolue. En voulant se déplacer seule, elle fait une chute et se fracture le col du fémur droit. L'état général de la grande malade interdit toute intervention chirurgicale et, de toutes façons, Melle Wur... s'oppose absolument à son hospitalisation. Pendant les trois mois que vivra encore la grande malade, elle continuera à vivre avec elle et à lui donner des soins.

Dans cet ensemble, certains troubles ont été particulièrement traumatisants pour le psychisme de l'entourage :

- Les incontinences urinaires et anales, les soins de nettoyage qu'elles entraînaient, et la surveillance à assurer pour qu'elle ne se produisent pas.

- Les troubles moteurs, puis l'impotence complète consécutive à la fracture, qui obligent Melle Wur... à aider sa mère dans tous ses déplacements et, quand elle ne pourra plus se mouvoir, à la soulever dans son lit, à la changer comme un nourrisson, à la laver, à la nettoyer dans son lit après ses incontinences.

- L'abrutissement de la grande malade, ses exigences puériles et tenaces.

- Enfin, dans ce cas également, l'aspect général de la grande malade, avec son facies inexpressif, sa prostration, et son comportement physique anormal du fait des troubles moteurs. Le fait d'avoir à supporter ce spectacle tous les jours ne contribue pas peu à en faire un facteur de traumatisme.

Que peut-on dire des liens sentimentaux qui unissent Melle Wur... à la grande malade ?

Melle Wur... a, certes, de l'affection pour sa mère mais, si elle l'a soignée si longtemps, avec tant d'obstination, c'est par un sentiment d'obligation morale. Seule fille célibataire, elle a considéré que c'était son devoir, à elle seule, de soigner sa mère malade. Elle a changé d'avis, par la suite, quant à cette obligation, mais il était trop tard ; la famille comptait sur elle et s'aïstenait.

b) - L'entourage.

Il s'agit donc de Melle Wur... seule.

1) - Histoire du syndrome.

Pendant les trois premiers mois de son séjour près de sa mère, Melle Wur..., pleine du sentiment du devoir à remplir, n'a ressenti aucun trou-

ble. C'est la première incontinence anale de sa mère qui a fortement secoué Melle Wur... Elle en a gardé le souvenir d'un "affreux cauchemar". C'est alors que sont apparus des troubles du sommeil qui ont abouti à des insomnies vraies, durant plusieurs heures de la nuit. Les insomnies les plus tenaces succèdent aux jours où Melle Wur... a eu les plus grandes difficultés avec la grande malade. (Incontinences, exigences nombreuses, etc...).

Une lassitude matinale se manifeste rapidement, avec de la somnolence dans la journée quelquefois.

D'autre part, Melle Wur... a commencé à se sentir anormalement irritable ; les bruits de la rue, très active dans cette portion, l'ont énervée de plus en plus. Elle a surtout été surprise par l'irritation qu'elle a commencé à ressentir à l'aspect de sa mère. Elle a cherché à fuir la présence de la grande malade, ce qui était assez difficile car la grande malade refusait de rester seule et l'appelait.

L'irritation déclenchée par la grande malade a cru en intensité ; bientôt Melle Wur... ne pouvait plus la cacher. A certains moments, elle sentait son affection pour sa mère se muer en agressivité, presque en haine.

Elle la brutalisait quand elle faisait une incontinence, la nettoyait avec brusquerie et en criant. Aux exigences de la vieille femme, elle répondait quelquefois par des diatribes véhémentes. Après ces crises de violence elle se sentait brisée, honteuse d'elle-même.

La nuit, quand elle ne dormait pas, elle ressentait quelquefois une sensation d'angoisse, de gêne respiratoire.

Elle a eu ensuite l'impression d'une baisse de son psychisme ; elle n'arrivait plus à se concentrer ; sa mémoire lui faisait souvent défaut ; elle n'avait plus de confiance en elle-même ; elle se sentait faible, était incapable d'initiative même pour ses soins personnels de propreté. Parfois, dans la journée, elle se sentait brusquement désorientée, ne sachant plus où elle était, ce qu'elle avait à faire.

En faisant un effort, elle parvenait à reprendre le contact avec la réalité ;

Au moment où nous la voyons, deux jours après l'accident de sa mère car elle ne nous a pas appelés immédiatement, nous la trouvons réticente, fermée, parlant peu. Puis, subitement, elle fait un véritable raptus anxieux pendant lequel elle montre une expression terrorisée, pousse des gémissements, se tord les mains, se plaint d'étouffer. Nous lui faisons alors une injection intra-musculaire d'une ampoule de gardénal à 0,04 g. qui la calme un peu. Dans un déluge de larmes, elle nous raconte à ce moment une tentative de suicide à laquelle elle se serait livrée la veille : elle avait ouvert le gaz et s'était allongée sur son lit, voisin de celui de sa mère, mais elle n'a pas eu le courage d'aller jusqu'au bout. Quand elle a senti l'odeur du gaz envahir la pièce où elle

se tenait, elle s'est relevée et a fermé les robinets. Il y a-t-il eu réellement tentative ? Nous n'en sommes pas certains. Cette histoire de tentative avortée correspond peut-être à une sorte de refuge dans la maladie.

Par ailleurs Melle Wur... est anorexique depuis plusieurs années et a maigri d'une façon importante (elle a perdu un peu plus de onze Kgs. en huit ans).

Au total, nous avons le tableau suivant :

- irritabilité avec tropisme particulier vers la grande malade
- étant dépressif assez typique avec hyperémotivité, psychasthénie, pessimisme, diminution de l'initiative, bouffées anxieuses et même raptus anxieux assez impressionnant, troubles du sommeil, désorientation parfois, anorexie et amaigrissement, idées de suicide et peut-être tentative.

2) - Examen physique

- examen cardio-vasculaire : pouls à 84 pulsations/min.
 - T-A : Mx = 14 ; Mn = 10
 - Coeur régulier, un peu rapide
- Examen pulmonaire : rien à signaler.
- Examen neurologique : réflexes normaux.

3) - Tentatives thérapeutiques.

Thérapeutique médicamenteuse : Nous avons prescrit :

- une fois par mois, une injection intra-musculaire d'une ampoule de testostérone retard associée à l'oestradiol (Androtardyl-oestradiol)
- Deux suppositoires par jour, de calcium (Calcocamphor) et trois comprimés de Vitamine C-Glucose Couturieux. (500 mgrs. de Vit. C par comprimé).
- Nous avons continué des barbituriques d'élimination rapide pour le soir : deux comprimés de Médomine Geigy ou d'Immenoctal Rous-sel.
- Pour la journée nous avons prescrit :
 - Un comprimé de Mératran au lever
 - Six comprimés de N-Oblivon dans la journée. Cures de quinze jours. Repos d'une semaine.
- Psychothérapie.

D'une part nous avons cherché à avoir le contact personnel avec le sujet-membre d'entourage. Il a été difficile au départ car, même après la

criso à laquelle nous avons assisté, la malade restait renfermée, peu sociable.

Par la suite nous avons eu sa confiance, et nous avons pu agir sur son psychisme par des conversations amicales sur des sujets divers, conversations dans lesquelles nous n'introduisions que discrètement des conseils ou des encouragements.

D'autre part, nous avons cherché à réaliser des mesures d'assistance qui ne laisseraient pas Melle Wur... dans la solitude avec la grande malade, et qui la déchargeraient de certaines tâches inhérentes à la situation. Dans ce but, nous avons fait appel à la soeur de Melle Wur... pour qu'elle vienne tous les jours l'aider et même la remplacer quand elle sortirait un peu pour se distraire.

Résultats :

Le traitement hormonal a eu un bon effet sur les troubles ménopausiques.

Les barbituriques ont eu un effet irrégulier sur le sommeil. Le reste du traitement médicamenteux n'a pas eu d'effet bien net au début. Nous n'avons vu les troubles diurnes s'amender qu'à partir du moment où nous avons eu la confiance de la malade et où les mesures d'assistance ont pris corps. L'hyperémotivité, l'irritabilité se sont atténuées alors. La malade restait cependant psychasthénique, sans grand appétit, sans grande initiative, et réagissait toujours assez violemment à la présence de sa mère, surtout quand elle était seule avec elle.

4) - Evolution ultérieure.

L'accident arrivé à la grande malade a durement secoué Melle Wur... et les soins qu'il fallait lui donner ensuite ont accentué l'irritabilité et l'état dépressif.

Puis lorsque les mesures thérapeutiques ont pris de l'efficacité nous avons vu régresser les troubles les plus spectaculaires.

- Irritabilité
- Hyperémotivité
- Anxiété

Il subsistait cependant un fond dépressif avec psychasthénie, paralysie de l'initiative, désorientation passagère : sensation de rêve éveillé contre laquelle le sujet cherchait à lutter, anorexie, insomnies (même avec les barbituriques quelquefois).

La mort de la grande malade est survenue trois mois après l'accident par des complications cardio-pulmonaires du décubitus, en deux jours à peine. Cette aggravation de l'état de la grande malade et sa mort ont plongé Melle Wur... dans un état quasi-stuporeux ; elle restait immobile

dans un fauteuil, ne parlant pas, ne s'occupant de rien, ne mangeant que si on l'appelait avec insistance. Elle a suivi l'enterrement dans une sorte d'état d'absence, puis, le lendemain, elle s'est réveillée presque normale, très abattue, mais consciente, calme avec un retour indiscutable de l'initiative. Après quinze jours passés à la campagne avec sa soeur, elle est revenue pratiquement guérie ; nous l'avons revue, vivant seule dans l'appartement bien tenu ; elle était triste mais très calme, sans plus. Cependant elle se plaignait de certains troubles persistants, que nous allons étudier maintenant.

5) - Séquelles : Trois sont particulièrement gênante pour le sujet :

- Les troubles du sommeil : même maintenant Melle Wur.. ne dort pas bien sans barbituriques. L'accoutumance aux barbituriques est incriminable, mais cette accoutumance elle-même peut être considérée comme une séquelle du syndrome.

- L'hyperexcitabilité nerveuse : Melle Wur.. a conservé un équilibre nerveux très fragile, très différent de celui qu'elle avait jadis.

- L'indifférence : c'est la séquelle que Melle Wur.. ressent le plus cruellement. Elle qui était curieuse et enthousiaste, par métier et par goût, se sent maintenant incapable de s'intéresser à quelque chose. Elle a l'impression que son esprit a été stérilisé.

OBSERVATION N° 4

I - GENERALITES : Mr. K. Avenue Gabriël Péri St-Ouen (Seine) Représentant de Commerce. 42 ans.

Il s'agit d'un homme maigre, d'aspect souffreteux, à la mimique excessive et à l'expression inquiète. Malgré un désir évident de briller, le sujet ne fait preuve que d'une intelligence moyenne. Le caractère a toujours été méfiant, avec un besoin intense et contradictoire de dominer, d'étaler des signes de richesse, et de se faire plaindre ; par ailleurs, un manque presque absolu de scrupules et une paresse indiscutable. L'ensemble de ce caractère évoque une paranoïa constitutionnelle.

-- Antécédents personnels.

- Intellectuels :

Le sujet, d'origine étrangère, a fait de solides études dans son pays. Il a bien appris le français, qu'il sait même écrire.

- Affectifs :

Ces antécédents sont complexes. Sa première femme, lasse de son caractère, est partie avec leurs deux enfants. Il s'est alors mis en ménage

avec une jeune femme, névropathe avérée et de santé fragile. De cette femme, il a eu, en 1952, un enfant atteint de troubles graves incurables, consécutifs à un traumatisme obstétrical. Lui-même est tombé malade à ce moment, puis n'a pas voulu reprendre le travail et a vécu des subsides fournis par la Sécurité sociale, puis des sociétés charitables et des parents résidant à l'étranger. Au milieu de ces difficultés matérielles, l'entente entre le sujet et sa compagne s'est détériorée et cette dernière l'a quitté en lui laissant l'enfant, en 1956.

- Pathologiques :

Le sujet est un hépathique de vieille date. Il a été hospitalisé cinq mois en 1952 pour une pleurésie séro-fibrineuse, et EST PORTEUR d'un ulcus de la petite courbure, bien traité et qui évolue favorablement.

- Antécédents familiaux.

- Père et mère morts en déportation.

- deux soeurs bien portantes ;

- Milieu familial.

La compagne de K., hypernerveuse, très instable, a cherché à vivre au dehors au maximum, dès qu'il s'est avéré que l'enfant était incurable. Même lorsque elle était là, elle évitait de s'en occuper, le laissant entièrement à la charge de Mr. K. Elle est d'ailleurs partie au moment où l'enfant a dépassé sa troisième année, laissant Mr. K. seul avec cet enfant anormal.

- Conditions matérielles : elles sont mauvaises.

- Logement dans une pièce de maison meublée ;

- Moyens d'existence très précaires, essentiellement basés sur la charité, Mr. K. se refusant à placer l'enfant pour être libre de travailler.

2) - Le syndrome de l'entourage.

a) - Le grand malade.

C'est l'enfant, Daniel K., âgé de cinq ans, lorsque nous le voyons en Juillet 1957. Cet enfant présente un ensemble de troubles neurologiques et psychiatriques congénitaux, liés à un traumatisme obstétrical.

Du point de vue neurologique, il présente des troubles en rapport avec des lésions de la VIII^e paire crânienne :

- surdi-mutité ;

- troubles graves de l'équilibre ; oscillations de grande amplitude dans la station debout, démarche très titubante, chutes fréquentes.

Du point de vue psychiatrique : retard mental énorme (dans lequel la surdité a sa part de responsabilité) : à cinq ans l'enfant n'est pas même capable de manger seul ou de demander à faire ses besoins.

- Hyperexcitation psycho-motrice continuelle : gesticulation désordonnée et sans but, cris inarticulés, tendances agressives à l'égard des autres enfants (pendant un bref séjour dans une crèche d'enfants normaux). Même à l'aide des barbituriques, l'enfant ne dort pas plus de cinq heures par nuit.

- Au surplus, l'enfant n'a aucune propreté ; plusieurs fois son père l'a trouvé au lit, mangeant ses selles ou s'amusant à les pétrir.

De l'avis de tous les spécialistes qui l'ont vu, cet enfant est irrécupérable. Les difficultés que donne cet enfant sont très accrues du fait de son développement physique exceptionnel. Pesant déjà douze livres à la naissance, il atteint plus de vingt-cinq kgs. à cinq ans et est d'une vigueur considérable. Cette force rend son agitation redoutable. Les manifestations pathologiques traumatisantes pour le psychisme de l'entourage nous ont paru être :

- l'hyperexcitation psycho-motrice, que nous avons trouvée nous-mêmes insupportable après une demi-heure.

- la malpropreté : depuis plusieurs années, l'enfant et son lit sont quotidiennement souillés de déjections qu'il faut nettoyer.

- certaines conséquences du retard mental ; comme la nécessité de toujours nourrir l'enfant à la cuiller.

- la surdi-mutité qui rend tout contact impossible

- enfin, l'anomalie du comportement global de l'enfant, gesticulant, brisant tout, hurlant ; et de son expression.

L'exiguité du logement et le défaut d'organisation contribuent à rendre ces manifestations traumatisantes pour l'entourage.

Mr. K. est attaché à cet enfant, sans doute, mais son attachement est anormalement intense. Il a eu la possibilité de le faire accepter dans un centre spécialisé du sud-ouest. Il a refusé et s'obstine dans son refus.

b) - L'entourage.

1) - Histoire du syndrome ;

L'interprétation des éléments fournis par l'interrogatoire a été délicate pour trois raisons :

- Mr. K. avait une grande habitude du contact des médecins et tendait à utiliser un vocabulaire qu'il comprenait mal.

- Mr. K. est un paranoïaque constitutionnel méfiant, très imbu de son importance, s'analysant avec plus ou moins d'exactitude et exagérant les troubles qu'il ressent.

- Enfin, la complexité des antécédents affectifs et pathologiques, leur influence sur le psychisme du sujet, sont des facteurs d'erreur dont il faut tenir compte. Nous avons pu retrouver, cependant, certains troubles observés dans d'autres cas.

L'irritabilité du sujet s'est accrue notablement à partir de 1953 ; irritabilité générale d'une part, aboutissant à des scènes abominables avec ses voisins et sa compagne ; irritabilité particulièrement orientée sur le grand malade avec des manifestations agressives, brutales même, que Mr. K. regrettait ensuite en pleurant et en se lamentant.

En même temps s'hypertrophient les traits de la paranoïa constitutionnelle du sujet ; il se croit de plus en plus capable de réussir, s'estime incompris, échaffude des projets commerciaux gigantesques, écrit lettres sur lettres à Joanovici, au chancelier Adenauer. Une fois il achète, d'un seul coup, cent exemplaires d'un hebdomadaire qui présentait un concours, et prépare cent solutions différentes qu'il envoie simultanément, avec la certitude absolue d'enlever le premier prix ; sans résultat. Il faut dire d'ailleurs, que sa compagne le suivait dans cette voie et croyait à sa suprématie intellectuelle, jusqu'au moment où, lasse de ses scènes et, probablement aussi de l'enfant, elle l'a quitté en 1956.

Les insomnies fréquentes, meublées de réflexions sur l'incompréhension des gens sont à noter. L'agressivité vis-à-vis de l'enfant est exacerbée en même temps que le refus de s'en séparer.

Mr. K. traîne l'enfant partout avec lui, d'hommes d'affaires en hommes d'affaires, de bureaux de bienfaisance en bureaux de bienfaisance. Il se remet à certaines pratiques religieuses qu'il avait abandonnées. Nous le voyons une fois, après que l'enfant avait lancé à travers la pièce le pot de chambre avec son contenu, faire une crise d'excitation psycho-motrice pendant laquelle, assis au bord du lit, il hurle des lamentations en français et en yiddisch, rythmées par un balancement du tronc d'avant en arrière, réminiscence de vieux rites israélites.

Enfin, nous pouvons retenir de l'oppression respiratoire par crises, des spasmes digestifs, de l'anxiété de temps à autres ; au total :

- irritabilité avec son orientation particulière sur le grand malade.
- insomnies ;
- bouffées anxieuses et irritation paroxystique ; le tout évoluant sur le fond d'une paranoïa constitutionnelle dont les caractères se précisent et s'hypertrophient à la faveur du syndrome de l'entourage.

Nous notons, ici, le curieux retour à des manifestations affectives appartenant à un groupe ethnique auquel, par son adaptation à un autre mode de vie, Mr. K. était devenu étranger. Cette éventualité est citée par

Mme A. Masson à propos des états réactionnels (Annales Médico-Psychologiques. 1952. P. 604.).

2) - Examen physique.

- Ex. cardio-vasculaire. - Pouls à 90 pulsations/minute

- T.A. : Mx. = 12 cm. Mn = 8 cm. Hg.

- Coeur rapide et irrégulier

- Ex. pulmonaire : Persistance d'un léger frottement pleural à la base droite.

- Foie gros et sensible, de type congestif.

- Réflexes vifs, normaux.

Par ailleurs le sujet est d'une maigreur impressionnante : 58 kgs. pour une taille de 1,75 m.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutique médicamenteuse : L'état du tube digestif de ce malade, sa tendance aux anaphylaxies et aux idiosyncrasies, l'ont rendue d'application délicate. Le sujet s'est révélé tolérant aux tranquillisants modernes (N-Oblivon, Bénactyzine, Méprobamate). Ces intolérances étaient d'autant plus ennuyeuses que le malade était tout prêt à critiquer âprement les médecins en cas d'échec.

Nous avons recouru aux médications associant le phénobarbital à doses filées à la phytothérapie (Epanal I ou Sympatyl Chantereau) 6 comprimés par 24 H., un par un ;

Nous avons également prescrit le calcium ; d'abord par voie veineuse (Calcium Corbière ; une ampoule tous les deux jours ; douze ampoules en tout), puis par voie rectale (Calcocamphor : un suppositoire matin et soir. Pour la nuit, un ou deux comprimés de barbiturique d'élimination rapide (Immenocta I Roussel) que nous avons remplacés ensuite par un comprimé de Gardénal à 0,10 g. Nous n'avons pas touché aux traitements que le malade suivait pour ses affections digestives.

Psychothérapie.

D'une part nous avons tenté de prendre un contact confiant avec le sujet ; cela a été impossible devant sa méfiance, son défaut de spontanéité, son orgueil immense.

D'autre part nous avons cherché à convaincre Mr. K. de la nécessité de placer l'enfant et de chercher du travail. Nous nous sommes heurtés à un refus catégorique, invariable, illogique.

Résultats.

La thérapeutique médicamenteuse a amené une amélioration de l'état général, notamment une reprise de poids de deux kgs. en deux mois. Le sommeil s'est amélioré ; l'irritabilité n'a pas été grandement modifiée, car l'épine irritative persiste, de la volonté même du malade, sous la forme de l'enfant. La psychothérapie, peut-être du fait de notre manque d'insistance, a été un échec. Dans une telle occurrence, il aurait fallu pouvoir améliorer l'expérience vécue "d'autorité" en plaçant l'enfant d'office. Cette solution s'imposera vraisemblablement plus tard, lorsque l'enfant devenu grand constituera un danger réel.

4) - Evolution ultérieure.

Devant l'impossibilité d'appliquer le véritable traitement étiologique, elle est désespérante. Mr. K. est parvenu à faire revenir sa compagne. Celle-ci, travaillant au dehors, subvient à la vie du ménage tandis que Mr. K. vaque aux travaux domestiques et soigne l'enfant. Les jours de congé, l'ambiance qui règne entre ces deux psychopathes et cet enfant anormal est infernale. Mr. K. refuse avec une obstination encore plus grande de se séparer de l'enfant.

Ce refus semble être comme une cristallisation de sa paranoïa ; il se considère comme le seul capable de comprendre l'enfant et de le soigner ; il est persuadé de l'incurie des médecins et de la curabilité de l'enfant. Il y a là une sorte de cercle vicieux que seule une intervention autoritaire pourrait rompre ; l'idée prédominante consiste dans le refus de se séparer de l'enfant et la présence de l'enfant exacerbe l'idée prédominante. Aussi, dans ces conditions, aucune amélioration définitive ou durable n'est à espérer, et on ne peut que s'attendre à l'évolution finale vers la démence ou vers un geste définitif.

OBSERVATION N° 5.

I - GENERALITES. Melle Ca.. Berthe. Bd. Ney. PARIS XVIII°. 65 ans Ancienne domestique.

C'est une femme de petite taille, cassée, de corpulence plutôt forte. L'expression est essentiellement désorientée et inquiète.

L'intelligence est assez faible. Le caractère, en temps normal, était remarquablement égal ; le sujet a d'ailleurs été bonne d'enfants la plus grande partie de sa vie.

- Antécédents personnels.

- Intellectuel :

Etudes primaires, puis activité intellectuelle limitée à la lecture des journaux.

- Affectifs :

Melle Ca.. n'a jamais eu d'aventures sentimentales marquantes. Depuis l'âge de 17 ans elle a vécu dans les maisons où elle travaillait et vit maintenant avec sa soeur cadette malade. Elle s'est toujours beaucoup attachée aux enfants dont elle s'est occupée.

- Pathologiques.

Une fièvre typhoïde de l'enfance. Depuis ; à part des troubles digestifs banaux, la santé est bonne.

- Antécédents familiaux.

- Père et mère décédés de causes inconnues.

- Une soeur, âgée de 60 ans ; hémiplegique ;

- Milieu familial. Il se compose de deux personnes :

- Melle Ca.. Berthe.

- Sa soeur cadette Victorine Ca.. hémiplegique et aphasique du type Broca. Victorine est douce et semble pleinement consciente. Ses exigences sont nombreuses et soutenues, quoique sans acrimonie.

- Conditions matérielles. Elles sont médiocres.

- Logement petit et très encombré, impropre aux soins qu'exige l'état de la grande malade.

- Moyens d'existence assurés mais faibles.

2) - Le syndrome de l'entourage.

a) - Le grand malade.

Victorine Ca.. est atteinte, à la suite d'un ictus apoplectique datant de trois ans (1954), d'une hémiplegie droite avec anarthrie (reliquat probable d'une aphasie de Broca) et avec des troubles urinaires : pollakiurie, incontinence. Elle reste allongée le plus souvent mais peut se déplacer dans l'appartement si on l'aide.

D'autre part, elle souffre d'une grande fragilité hépatique, pour laquelle on peut retenir la notion d'éthylisme probable (la malade était cuisinière), et d'une colite chronique avec alternatives de constipation et de diarrhée.

Les manifestations pathologiques particulièrement traumatisantes pour le psychisme de l'entourage nous ont paru être :

- Les paralysies par l'aide qu'elles nécessitent : assistance dans les mouvements, la toilette, l'habillage, etc...

- Les troubles urinaires par la répétition des soins qu'ils entraînent et que la malade exige avec insistance : apporter le bassin, le remporter ou bien amener la grande malade aux W-C et la ramener ; la nettoyer et la talquer après ses incontinences.

La labilité nerveuse de la grande malade rend ces soins encore plus pénibles car, dès qu'elle ressent l'envie d'uriner, et c'est de nombreuses fois par jour, elle s'affole, veut se hâter, gesticule et pousse des cris incompréhensibles.

- Les troubles digestifs : nausées, vomissements fréquents, diarrhée qui nécessitent aussi de multiples interventions de l'entourage.

- Enfin, dans ce cas encore, les anomalies du comportement physique, altéré par les paralysies, et de la mimique, déformée par la paralysie faciale, ainsi que l'élocution de la grande malade sont éminemment traumatisants pour le psychisme de l'entourage.

Melle Berthe Ca.. a une profonde affection pour la grande maladie, seule survivante de sa famille. Elle la soigne avec un dévouement total.

b) - L'entourage.

Lorsque nous voyons Berthe Ca.. en Août 1957, elle soigne sa soeur depuis trois ans.

1) - Histoire du syndrome.

Le manque d'intelligence du sujet et l'obtusion mentale dont elle souffre ont rendu l'interrogatoire un peu difficile. Nous avons pu préciser :

- une sensation de fatigue physique et nerveuse apparue en quatre à six mois de soins et de cohabitation :

- lassitude matinale.

- sensation de tête vide ; la malade ayant du mal à se souvenir de ce qu'elle doit faire, ou même de ce qu'elle fait.

- diminution de l'initiative pratique avec négligences, manque d'organisation

- troubles de la mémoire en général.

- désintéressement du monde extérieur, le sujet n'ayant pas envie de voir des voisins ou des connaissances, ni de lire son journal chose qu'elle a faite religieusement chaque jour de sa vie.

- anorexie.

Ensuite sont apparues des insomnies, une nuit sur deux ou sur trois, meublées de préoccupations vagues et tristes, le sommeil ne venant qu'au petit matin.

L'égalité du caractère s'est alors détériorée ; des crises de larmes sont survenues à l'issue de pensées tristes ou, plus souvent, pendant une conversation. Les pensées et la conversation sont essentiellement pessimistes, roulant sur les tristesses de l'existence, la méchanceté des gens, etc...

Cependant, le trouble qui a le plus surpris la malade, a été l'irritabilité qu'elle a senti se développer en elle ; irritabilité vis-à-vis des étrangers mais surtout vis-à-vis de la grande malade dont l'aspect, les gestes, les malaises, les demandes la "mettent en colère", selon sa PROPRE expression. Vis-à-vis des étrangers l'irritabilité s'est traduite par une sensation intense d'"énervement" aux bruits de l'extérieur, et une accentuation du désir de ne voir personne.

Vis-à-vis de la grande malade, l'irritabilité s'est traduite par des discussions, des contestations de ses demandes et de ses plaintes, et devant son insistance, par des crises paroxystiques où BERTHE Ca... l'accablait de cris et la "Houspilla it". Les soins ont pris un caractère de brusquerie peu éloignée de la brutalité.

De tout cela Melle Ca.. est consciente, et cette conscience n'a fait qu'accentuer le pessimisme et, en somme, l'aspect dépressif du psychisme.

Des bouffées anxieuses, surtout nocturnes, surviennent, elles sont caractérisées par une sensation de crainte imprécise quant à son objet mais intense, accompagnée d'oppression respiratoire.

Enfin, l'accentuation de la fatigue nerveuse a amené un certain degré d'obtusion mentale permanente, qui explique le faciès perplexe, désorienté, et la difficulté à fixer l'attention du sujet.

Au total :

- Irritabilité avec son orientation particulière sur la grande malade
- Obtusion mentale
- Etat dépressif assez net avec pessimisme, pleurs, diminution de l'initiative, de l'activité, troubles de la mémoire, bouffées anxieuses, anorexie, insomnie. L'amaigrissement aurait été de cinq kgs en trois ans.

2) - Examen physique.

L'embonpoint du sujet est encore confortable : 65 kgs. pour une taille de 1,56 m.

- Ex. cardio-vasculaire : - Pouls à 78 pulsations/min.
 - T.A. : Mx = 16 ; Mn = 9 cm Hg
 - Coeur normal pour l'âge du sujet
- Ex. pulmonaire : rien à signaler.
- Ex. neurologique : réflexes normaux.

3) - Tentatives thérapeutiques.

Thérapeutique médicamenteuse. Nous avons prescrit pour la journée :

- Six comprimés de N-Oblivon pris un par un, par cures de dix jours en alternance avec des cures de dix jours de :

- Bénactyzine : trois comprimés par jours, des repos de cinq jours séparant les cures. Nous avons prescrit, de plus, des médications toniques :
- Avant les deux principaux repas, une ampoule d'extrait de foie buvable : Hépatrôl.

- Trois fois par jour un comprimé de Vitamine C-Glucose Couturieux. Pour le soir, nous avons prescrit deux comprimés de barbiturique-starter Médopmine Goigy ou Imménocet Roussel.

Psychothérapie.

Nous n'avons pu avoir avec ce sujet des conversations profondes, mais nous avons rapidement acquis sa confiance par les marques d'intérêt que nous lui donnions et que nous donnions à la grande malade. Profitant de la confiance que le sujet nous accordait, nous avons pu le convaincre d'accepter une aide de l'extérieur ; nous avons obtenu d'une communauté proche que des religieuses viennent, une ou deux fois par jour, lui faire d'assez longues visites.

- Résultats.

Là encore, nous n'avons vu de résultats vraiment nets qu'à partir du moment où nous avons eu la confiance de la malade et où les religieuses ont commencé leurs visites. L'amélioration a surtout porté sur les signes de la série dépressive : diminution de l'initiative, troubles de la mémoire, anxiété, pessimisme, pleurs, anorexie. L'obtusion mentale s'est dissipée aussi dans une grande mesure. L'irritabilité a régressé également, mais dans une mesure plus faible. Les insomnies persistaient si nous interrompions les barbituriques.

Les mesures d'ordre psychothérapique se sont révélées bien plus efficaces que la thérapeutique médicamenteuse qui, en somme n'a servi qu'à amorcer la psychothérapie.

4) - Evolution ultérieure.

L'amélioration s'est maintenue tant que l'aide extérieure a été suffisante. Par contre, nous nous sommes trouvés devant une rechute avec aggravation de l'état dépressif lorsque les religieuses, de leur propre initiative, eurent espacé considérablement leurs visites, en Novembre 1957. Nous-mêmes, à cette époque, nous n'étions pas venus voir notre malade pendant près d'un mois. Cette rechute s'était manifestée rapidement, ce qui montre combien l'amélioration était labile et subordonnée à la psychothérapie et aux mesures d'assistance.

L'aggravation de l'état dépressif a rendu très difficile la reprise du contact avec la malade ; elle ne voulait plus nous écouter, n'avait plus confiance en nous. Nous avons pu regagner une partie du terrain perdu et obtenir la reprise du traitement médicamenteux.

L'amélioration que nous avons obtenue alors a été de bien moins bonne qualité que celle qui avait marqué le début de notre intervention.

L'appétit restait mauvais, les idées pessimistes, l'initiative très amoindrie. L'irritabilité n'a pas marqué de diminution notable avec la reprise des soins. Dans l'ensemble, cette seconde amélioration a été faible, d'obtention difficile, et a consisté surtout en un freinage des processus pathologiques. Ce plateau s'est maintenu jusqu'à la fin de Janvier 1958. A ce moment, l'état de la grande malade s'est brutalement aggravé par l'apparition d'une congestion pulmonaire grevée de défaillance cardiaque, qui a entraîné l'exitus en huit jours.

Pendant cette période une aide constante a été nécessaire, car Berthe Ca s'est montrée incapable d'assurer les soins. Elle est très vite tombée dans un état stuporeux semi-confusionnel ; attention infixable, mimique hébétée, prostration, avec quelques accès d'agitation sans rapport précis avec les circonstances, mais pendant lesquels on pouvait voir qu'elle gardait une certaine conscience de la situation. La mort de la grande malade n'a pas provoqué d'aggravation de l'état de Melle Berthe Ca.. Suivie de près par les religieuses et par nous, elle a récupéré un psychisme sensiblement normal en une quinzaine de jours, avec une bonne reprise de l'initiative et de l'appétit, une disparition complète de l'état d'obtusité mentale dans lequel elle a vécu pendant la maladie de sa soeur. Nous pouvons la considérer maintenant comme définitivement améliorée, sinon guérie. Cette restriction nous est dictée par l'existence de séquelles.

5) - Séquelles. Deux sont essentielles :

- Les troubles du sommeil : Insomnies encore fréquentes et, en général, sensation de sommeil incomplet, non "reposant". La prise prolongée de barbituriques est, peut-être partiellement responsable de cet état de choses. Là encore, le phénomène d'accoutumance aux barbituriques, s'il existe, est assimilable aux séquelles du syndrome.

- Les troubles du caractère : Toute sa vie Melle Berthe Ca.. a eu un caractère égal, "sans histoires" comme elle le dit elle-même. Elle ne se posait pas de problèmes, se fiait aux gens, ne doutait pas d'elle-même ; Elle est maintenant pessimiste, défiante, instable et irritable. Cette séquelle ne nous semble pas négligeable, car elle compromet la réimplantation sociale du sujet.

OBSERVATION N° 6.

I - GENERALITES. Mme H.. Rue des Rosiers. St-Ouen. (Seine) 51 ans. Marchande de vêtements d'occasion.

Il s'agit d'une femme de petite taille, au visage coloré, de corpulence moyenne. L'expression, non dénuée d'intelligence, est tendue, triste, inquiète. Mme H.. est douée d'une bonne intelligence pratique et d'un grand bon sens. Son caractère, en temps normal, était gai, entreprenant, avec des sautes d'humeur assez fréquentes mais peu graves ; en somme, selon ses proches, un caractère agréable.

Antécédents personnels.

- Intellectuels :

Etudes primaires en Roumanie ; a appris à lire le français. Ne lit que les journaux.

- Affectifs :

Dans ce domaine, Mme H.. a été durement éprouvée. Après les difficultés d'installation en FRANCE, il y a trente ans, elle a connu les angoisses des israélites pendant l'occupation allemande et a eu la douleur de voir son mari mutilé par une mine en 1944.

- Pathologiques :

Rien de bien important ; nous signalerons cependant un eczéma des mains et de l'épaule droite qui a tourmenté Mme H.. de 1952 à 1955.

Antécédents familiaux.

- Père et mère décédés en déportation.
- Un frère vivant qui a fait un infarctus du myocarde.

Milieu familial.

Mme H.. vit seule avec son mari mutilé d'une jambe et grand malade, dont le caractère est devenu très difficile à supporter. Leurs deux filles, mariées et mères de famille, ne viennent qu'assez rarement.

Conditions matérielles. Elles sont moyennes :

- Logement petit mais clair et confortable.
- Moyens d'existence suffisants à condition que Mme H.. aille faire ses ventes sur le Marché de St-Ouen trois jours par semaine.

2) - Le syndrome de l'entourage.

a) - Le grand malade.

Le mari de Mme H., âgé de 52 ans lorsque nous le voyons en Octobre 1956, a perdu une jambe en 1944 par l'explosion d'une mine alors qu'il allait au secours d'une femme et de deux enfants blessés par une explosion précédente. L'appareillage du moignon permet la marche avec l'aide d'une simple canne, ce qui fait que Mr. H. a pu mener une vie à peu près normale et se livrer à son commerce.

En Mai 1956, alors qu'il souffrait de troubles intestinaux depuis près d'un an, on diagnostique chez lui un cancer du rectum. Le chirurgien (DR. Leibovici) pratique l'exérèse de la tumeur avec conservation de la continuité de l'intestin. Deux mois plus tard, devant la reprise de l'évolution, il est conduit à réintervenir. Il se trouve alors en présence de lésions très étendues, d'exérèse impossible, et institue un anus iliaque. Le grand malade rentre ensuite chez lui, tandis que par l'anus naturel apparaît un écoulement sanguino-purulent d'abondance croissante et nécessitant, bientôt, l'utilisation de trois garnitures par 24 heures. En même temps apparaissent un amaigrissement considérable et des douleurs atroces, siègeant dans la région ano-rectale et irradiant dans les cuisses, ainsi qu'une pyrexie à 38-39°. Sous l'action des antibiotiques ces derniers symptômes régressent rapidement, pendant que l'écoulement persiste. Dès ce moment, on peut constater des modifications très sensibles du caractère du grand malade. Mr. H. était, avant sa maladie et malgré son amputation, un homme remarquablement "facile à vivre", d'humeur toujours égale, sans inquiétudes, indifférent à ce qu'il mangeait ou à ce qu'il buvait. Il devient inquiet irritable, soupçonneux, exigeant et surtout très capricieux. Il arrive à changer, par exemple, de boisson trois ou quatre fois par jour ; refuse de manger ce qu'on lui a préparé sur sa demande et réclame autre chose. Parmi tous les cas que nous avons vus, celui-ci est le plus typique pour ce qui est des modifications du caractère du grand malade. L'envahissement local et les métastases provoquent des troubles nouveaux.

- Troubles urinaires : dysurie, pollakiurie avec évolution vers la rétention complète avec mictions par regorgement.

- Mauvais fonctionnement de l'anus iliaque avec alternative de constipation et de diarrhées, celles-ci très abondantes et brutales, jaillissant parfois pendant la toilette de l'anus iliaque qu'assume Mme H...

- Vomissements ; nausées très pénibles.

Les forces du malade diminuent ; les douleurs reparaissent, nécessitant l'utilisation de la morphine. Enfin, en Mars 1957, une occlusion se manifeste sur l'anus iliaque, qui nous conduit à faire hospitaliser le grand malade. Il décède un mois plus tard à l'hôpital. Après la seconde intervention, il est resté plus de sept mois chez lui.

Une circonstance particulière a augmenté le nombre des soins que la femme du grand malade devait assurer. Du fait de son amputation, le grand malade ne pouvait accomplir certains soins, possibles pour un malade non amputé. Par exemple, sans son appareil, il en pouvait se lever pour vider

la poche de l'an us iliaque et faire la toilette de cet anus.

La pose de l'appareil, assez difficile, avait rapidement découragé le grand malade affaibli. Dans ces conditions, quelles ont été les manifestations et les conséquences de la grande maladie traumatisantes pour le psychisme de l'entourage ?

- L'écoulement sanguino-purulent de l'an us naturel, le nettoyage de cet anus et le changement des garnitures ?

- La vidange de la poche de l'an us artificiel, le nettoyage de cet anus, et en cas de diarrhée en jet pendant les soins, le nettoyage de la pièce souillée, et même la nécessité, pour Mme H.. de se nettoyer elle-même.

- Les mictions par regorgement qui souillaient le grand malade et son linge ; ainsi que les autres troubles urinaires.

- Les troubles digestifs, qui pouvaient exiger aussi de fréquentes interventions de l'entourage.

- Les modifications du caractère du grand malade, que nous avons déjà décrites.

- Enfin, la simple cohabitation avec le grand malade est traumatisante, parce que son aspect et son comportement sont devenus insolites. Il est amaigri, a le teint jaune, les yeux cernés ; sous l'aiguillon de la douleur, il pleure et gémit sans cesse à la façon d'un enfant. Mme H.. a, pour son mari grand malade, une profonde affection.

b) - L'entourage.

1) - Histoire du syndrome :

L'annonce de la maladie de son mari et la première intervention avaient provoqué chez Mme H.. un chagrin violent.

Elle avait surmonté ce chagrin sans réactions anormales. Ce n'est que après la seconde intervention, après un mois de séjour du grand malade au foyer, que Mme H.. a commencé à présenter des troubles caractéristiques.

Il s'est agi, au début, d'une irritabilité constante, très inhabituelle chez ce sujet. D'abord, cette irritabilité était générale, imprécise quant à son objet, contenue. Peu à peu, elle s'est cristallisée sur certains bruits, certaines personnes et surtout sur le grand malade.

Devant ce dernier Mme H.. ressentait un curieux mélange de chagrin, de pitié et d'exaspération. Jusqu'alors contenue, cette irritabilité s'est extériorisée ; explications un peu vives avec des voisins ou des connaissances, tendance à refuser les rapports sociaux, remarques désagréables à ses filles lorsqu'elles venaient la visiter. En même temps Mme H.. se prenait à discuter violemment les demandes du grand malade, à lui faire

de vives remontrances sur leur excès, à lui dire de se taire lorsqu'il gémissait sous l'emprise de la douleur. Les soins manuels ont pris un caractère de brusquerie.

Les insomnies sont apparues à ce moment, favorisées par celles du grand malade avec lequel Mme H.. faisait lit commun, persistant même les nuits où le grand malade dormait sous l'effet des drogues.

Au cours de ces insomnies se produisait parfois une petite bouffée anxieuse : pensée angoissante lancinante accompagnée de sensation de gêne rétro-sternale et de constriction thoracique.

Dans la journée également, de telles bouffées anxieuses se sont manifestées, lorsque Mme H.. se trouvait seule et inactive ; elles étaient souvent suivies d'une crise de larmes qui apportait un certain soulagement. Une faillite relative du psychisme est venue s'ajouter à ces troubles, en deux à trois mois, caractérisée par :

- Un désintéressement complet des activités intellectuelles telles que la lecture ou la correspondance.

- Un ralentissement de l'idéation avec difficulté de concentration, sensation de tête vide.

- Une diminution notable de l'initiative pratique avec négligences ménagères.

Cet état dépressif comprenait également un certain degré d'anorexie et d'amaigrissement (deux kgs. environ en trois mois), et d'asthénie. Parfois, à l'occasion de manifestations très traumatisantes de la grande maladie, telles que les diarrhées en jet pendant la toilette de l'anus iliaque, se produisait un accès paroxystique d'excitation psychomotrice avec cris, gesticulation, petites brutalités à l'encontre du grand malade. Ces épisodes étaient suivis d'une augmentation transitoire de l'asthénie physique et psychique. Au total nous avons :

- Irritabilité avec épisodes paroxystiques, avec son orientation particulière vers le grand malade.

- Etat dépressif progressivement constitué avec insomnies, ralentissement de l'idéation, diminution de l'initiative, bouffées anxieuses, larmes, anorexie, amaigrissement, asthénie.

2) - Examen physique.

Ex. cardio-vasculaire : - Pouls : 80 pulsations/minute

- T.A. : Mx = 13,5 ; Mn = 9 cm. Hg

- Coeur normal.

Ex. pulmonaire : Rien à signaler.

Ex. neurologique : réflexes normaux.

Par ailleurs, Mme H.. est ménopausée depuis 1954, sans troubles excessifs.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutique médicamenteuse Pour la journée nous avons prescrit :

- N-Oblivon : six comprimés par jour, pris un par un, par cures de dix jours alternant avec :

- Bénactyzine : trois comprimés par jour, pris un par un, par cures de dix jours également. Cures séparées par des repos de cinq jours.

Nous avons prescrit, de plus, des médications toniques :

- Calcium Corbière : une ampoule buvable avant les deux principaux repas

- Vitamine C-Glucose Couturieux : trois comprimés par jour.

Pour le soir, nous avons prescrit des barbituriques d'élimination rapide Médomine Geigy puis Imménocet Roussel : deux comprimés avant le coucher.

- Psychothérapie. D'une part, nous avons voulu gagner la confiance de la malade et avoir avec elle des contacts suivis et placés sur un plan amical. Nous avons fait notre possible pour la voir souvent et rester chaque fois un minimum d'une demi-heure, pendant laquelle nous bavardions avec elle de sujets divers tout en lui donnant, sans trop appuyer, des encouragements et des conseils pour mieux accomplir les soins.

D'autre part, nous nous sommes entendus avec ses filles pour qu'elles viennent plus souvent la voir et pour qu'elles gardent leur père pendant que Mme H.. se livrerait à ses occupations professionnelles.

- Résultats.

Là encore, nous n'avons relevé une nette amélioration qu'après un certain temps, temps qui a correspondu à la mise en place de nos contacts avec la malade et à l'installation des mesures d'assistance que nous avions projetées. Le traitement médicamenteux n'a été qu'un amorçage. L'amélioration obtenue a consisté en une raréfaction des bouffées anxieuses, un accroissement de l'initiative et de l'intérêt pour les choses extérieures, une diminution notable de l'irritabilité, diminution plus faible, cependant, dans son orientation sur le grand malade.

4) - Evolution ultérieure

Elle a été la résultante de l'action du traitement et des effets de l'expérience vécue. Tant que l'état du grand malade est resté apparemment

stationnaire, l'amélioration de l'état du membre d'entourage s'est maintenue. L'initiative était assez bonne ainsi que l'ensemble du psychisme ; l'irritabilité générale était très amoindrie ; l'irritation provoquée par le grand malade était moindre aussi, mais reprenait lorsque le sujet était seul le grand malade.

Ce plateau de l'évolution a persisté jusqu'à ce que l'expérience vécue demande plus à la résistance nerveuse du sujet. Lorsque l'état du grand malade s'est très aggravé avec l'intensification des troubles urinaires et digestifs, la réapparition des douleurs, l'amélioration obtenue par le traitement a disparu. La note dépressive a repris, d'abord sous la forme d'un découragement d'allure normale, puis a évolué vers une nouvelle chute de l'initiative, de l'intérêt pour les choses extérieures avec réapparition des bouffées anxieuses et de l'anorexie. En même temps se manifestait un certain degré d'obtusion mentale, dont la malade sortait parfois pour faire des poussées d'irritation aiguë ou d'anxiété paroxystique avec idées de suicide. Mme H. était dans un tel état lorsque l'hospitalisation du grand malade s'est imposée. Le lendemain, elle était suffisamment remise pour aller visiter le grand malade à l'hôpital. Elle l'a revu avec joie et, jusqu'à la mort du grand malade, elle est allée le voir tous les jours. Chez elle, elle était active, digne, d'une tristesse calme. Elle a accueilli la mort du grand malade très raisonnablement, sans réactions anormales.

5) - Séquelles. Elles sont de deux sortes :

- Les troubles du sommeil : sommeil léger, incomplet ; quelquefois insomnies. Nous ne pensons pas qu'il faille incriminer ici une accoutumance aux barbituriques, car le sujet n'en a pris que pendant peu de temps et de façon irrégulière.

- Modifications du caractère : il subsiste essentiellement un certain degré de pessimisme, de tristesse chronique ; l'affectivité est dérégulée : pleurs fréquents, colères, de l'avis même des proches, le caractère sort de l'épreuve grandement modifié.

Les deux observations qui suivent concernent des membres de notre propre milieu familial, en l'occurrence notre mère et nous-mêmes. Nous nous sommes efforcés de traiter ces observations avec autant d'objectivité que les précédentes, et les présentons exactement sous la même forme.

OBSERVATION N° 7

I - GENERALITES. Mme SEM.. Rue Jacque louvel Tessier. Paris (X°) 48 ans en 1956. Sans profession.

C'est une femme de petite taille, de corpulence forte, à l'expression crispée et inquiète. L'intelligence, moyenne, est agrémentée de beaucoup de bon sens. Le caractère, en temps normal, était gai, assez insouciant, mais avec des sautes d'humeur fréquentes, allant parfois jusqu'à des colères intenses. Le trait le plus marquant du caractère était la sociabilité.

- Antécédents personnels.

- Intellectuels :

Etudes primaires en Hongrie. A appris à lire le français ; ne lit que les journaux.

- Affectifs :

Mme Sem.. a connu de dures épreuves. Après de grandes difficultés d'implantation en France, elle a connu en 1940 les terreurs de l'exode, puis, israélite, celles de l'occupation allemande. Le dernier de ses trois enfants, une fille née en 1938, a présenté des crises comitiales puis des paralysies à la suite d'un traumatisme crânien ; cette fille est morte en 1943.

- Pathologiques :

Mme Sem.. a fait en 1938 une dépression mentale avec amaigrissement, anorexie et amenorrhée.

- Antécédents familiaux.

Le père de Mme Sem.., sa mère et ses deux frères sont décédés en déportation.

- Milieu familial. Il se compose de quatre personnes :

- Mme Sem..

- Son mari, grand malade.

- Son fils aîné, N. Sem.., âgé de 26 ans en 1956, qui a soigné le grand malade et a présenté des troubles.

- Son fils cadet, G. Sem.., âgé de 24 ans en 1956, qui s'est peu occupé du grand malade et n'a pas présenté de troubles.

- Conditions matérielles. Elles sont moyennes :

- Appartement assez grand et confortable.

- Moyens pécuniaires variables, car fournis par un commerce de brocante situé au Marché de St-Ouen.

2) - Le syndrome de l'entourage.

a) - Le grand malade :

Cet aperçu sur le grand malade est également valable pour l'observation suivante, qui concerne un autre membre du même entourage.

Il s'agit du mari de Mme Sem., âgé de 51 ans en 1956. Mr. Sem. a débuté en 1942 une spondylarthrite ankylosante qui s'est stabilisée, avec de grandes déformations, vers 1949. A ce moment, un examen approfondi (Pr. DE Sèze) révèle des signes neurologiques traduisant l'atteinte de la voie pyramidale ; réflexes très vifs, polycinétiques ; signe de Babinsky bilatéral ; clonus du pied bilatéral. Une paraplégie progressive s'installe, accompagnée de troubles urinaires et d'incontinence anale. Le diagnostic de myélite spécifique, évoqué alors, est infirmé par tous les examens complémentaires ainsi que par les antécédents du grand malade. D'ailleurs, en même temps que la paraplégie se complète avec un début de troubles trophiques cutanés, d'autres signes apparaissent, qui évoquent l'atteinte de paires crâniennes ; troubles respiratoires : accès de dyspnée asthmatiforme avec cyanose ; troubles de la déglutition : fausse routes ; paralysies oculaires intra et extrinsèques ; nasonnement. Le début par une paraplégie, l'absence de paralysies et d'amyotrophie des membres supérieurs, l'absence de fibrillations musculaires font rejeter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique, envisagé alors (Dr. Djindjian). En Août 1954, après quelques séances de radiothérapie, le grand malade fait une rétention d'urines complète, d'origine paralytique. Hospitalisé pendant deux semaines avec sonde à demeure, il sort de l'hôpital toujours en rétention. Après quatre mois de sondages à domicile, au rythme de quatre par 24 heures, on obtient une incontinence paralytique complète avec rétention partielle chronique, état de choses qui dispense désormais des sondages. Le tableau comprend alors :

- Paraplégie spasmodique absolue, évoluant vers la flaccidité.
- Incontinences anales.
- Incontinence urinaire et rétention partielle.
- Troubles respiratoires asthmatiformes.
- Troubles de la déglutition encore peu fréquents.
- paralysies oculaires extra et intrinsèques avec syndrome de Parinaud. Nasonnement.

La marche de la maladie et cet ensemble de signes évoquent des lésions très diffuses, sur lesquelles il est difficile de mettre une étiquette ;

Peu à peu s'installe une paralysie des membres supérieurs ; en même temps apparaissent des troubles du psychisme : diminution de la mémoire, ralentissement de l'idéation, et des troubles de l'affectivité : hyperémotivité, irritabilité, puis, peu à peu, une indifférence presque complète. A la même époque, on note l'existence d'un "grasping" surtout à droite. Cette évolution correspondrait, peut-être, à un syndrome pseudo-bulbaire, ou bien à une maladie de Pick ou d'Alzheimer ?

Au début de 1956 apparaissent des escarres sacrées, fessières et talonnières, étendues et profondes ; une escarre sacrée dénude même une apophyse épineuse. La quadriplégie est alors presque totale, les troubles de la déglutition pluriquotidiens, les accès de dyspnée très fréquents. L'intensité des troubles respiratoires nous conduit à faire hospitaliser le grand malade en Juin 1956. Quatre jours après son admission, il meurt à la suite d'une fausse route massive de la déglutition, ayant entraîné une asphyxie avec défaillance cardiaque.

Quelles ont été les manifestations pathologiques et leurs conséquences qui ont été traumatisantes pour le psychisme de Mme SEM.. ? Tous les soins directs au grand malade, tels que toilette, nourriture, déplacement, pansement des escarres, nettoyage des incontinences, ont été assurés par le fils aîné de Mme Sem.. En dehors de ces soins directs, il subsiste cependant plusieurs éléments traumatisants :

- Le nettoyage pluriquotidien des linges souillés par les incontinences et les écoulements des escarres.

- L'aide à certains soins en cas de nécessité.

- Surtout le spectacle quotidien de ce grand malade à l'aspect et au comportement tellement anormaux, insolites pour un spectateur non préparé ; voir déplacer cet homme paralysé, le voir nourrir à la cuiller, le voir laver comme un enfant, voir les incontinences, les troubles respiratoires et de la déglutition, voir apparaître les escarres, assister à la faillite du psychisme du grand malade ; voilà autant d'éléments dont on ne peut nier le caractère traumatisant.

Les liens entre Mme Sem.. et le grand malade étaient assez détendus ; une certaine affection, basée surtout sur la longue habitude de la vie en commun, subsistait.

b) - L'entourage.

1) - Histoire du syndrome

La découverte de la maladie de son mari a provoqué chez Mme Sem.. un chagrin indéniable, contre lequel elle a réagi rapidement en augmentant son activité extérieure. Elle a participé assidûment aux activités de la colonie hongroise ; elle a multiplié le nombre de ses sorties. Cette activité extérieure a atteint une intensité telle que la tenue de son ménage en souffrait.

Avec les premières incontinences anales du grand malade, l'activité extérieure de Mme Sem.. s'est restreinte, en même temps qu'apparaissaient chez elle quelques manifestations anxieuses, surtout nocturnes ; inquiétude sans objet précis, lancinante, accompagnée d'une sensation de gêne respiratoire.

Dès 1951, on peut noter un dérèglement de l'émotivité, marqué par des rires souvent puérils, peu justifiés, des pleurs aux mêmes caractères, et surtout par l'alternance déroutante, à peu d'intervalle, de ces deux manifestations émotives.

Le premier trouble très sensible nous a paru être, vers 1954, l'apparition d'une irritabilité croissante, marquée par des querelles fréquentes avec le voisinage, le cercle familial. Les moindres bruits des voisins mettent la malade dans une grande irritation. Elle censure avec injustice et violence les activités et les propos des membres de sa famille. Cette irritabilité se développe ensuite, avec une certaine électivité, contre le grand malade. Mme Sem. s'irrite à son aspect, supporte difficilement sa présence et encore moins sa conversation ; bientôt elle ne fait même plus lit commun avec lui, se faisant remplacer auprès de lui par son fils aîné. Tout ce qui se rattache au grand malade l'énervé ; ses vêtements, son linge, sont l'occasion de colères. A mesure que l'évolution de la grande maladie augmente la fréquence des accidents de souillure, Mme Sem.. devient de plus en plus réticente à assumer les conséquences qui lui en incombent. Le nettoyage des linges souillés finit par provoquer chez Mme Sem.. des accès d'irritation paroxystique au cours desquels elle vient faire au grand malade, qui n'en peut mais, des scènes abominables. Ses reproches se tournent également contre les autres membres de l'entourage, surtout son fils aîné, car le cadet évite "d'entrer dans le jeu" ; elle se met à prôner avec violence l'hospitalisation du grand malade.

Lorsque les escarres apparaissent, augmentant la somme des soins à donner et des linges à nettoyer, Mme Sem.. se cherche un travail au dehors, abandonne le grand malade à ses fils et refuse totalement de s'en occuper. A ce moment, et dès qu'elle rentre chez elle, elle est dans un état d'exaspération constante qui crée au foyer une atmosphère intenable.

Concomitamment au développement de cette irritabilité, sont apparus des troubles du sommeil ; d'abord sommeil inquiet, superficiel, peuplé de chachemars, puis insomnies fréquentes et prolongées.

Les manifestations anxieuses ont pris une importance croissante ; quotidiennes, toujours nocturnes, elles prennent chez la malade l'aspect d'une inquiétude irraisonnée, intense, accompagnée de gêne respiratoire.

Enfin, une note dépressive s'ajoute à ce tableau, caractérisée par la diminution de l'initiative, la négligence, le pessimisme, l'évocation du suicide comme seule solution pour toute la famille. Au total :

- Irritabilité avec orientation particulière sur le grand malade.
- Dérèglement de l'affectivité.
- Insomnies.
- Evolution vers un état dépressif avec manifestations anxieuses, diminution de l'initiative, pessimisme, idées de suicide.

Par ailleurs, Mme Sem.. présente des troubles endocrino-gynécologiques en rapport avec la préménopause.

2) - Examen physique.

- Ex. cardio-vasculaire : - Pouls à 80 pulsations/min.
 - T.A. : Mx = 15, Mn = 10 cm. Hg
 - Coeur normal
- Ex. pulmonaire : Rien à signaler.
- Ex. neurologique : Réflexes normaux.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutique médicamenteuse :

Mme Sem.. n'a pas été traitée par nous tout d'abord. Le médecin traitant (Dr. Strem) a prescrit une injection intra-musculaire par mois d'une ampoule de testostérone-retard associée à l'oestradiol (Androtardyl-Oestradiol).

Contre les troubles du sommeil, le médecin-traitant a prescrit deux comprimés d'Immenotal à prendre chaque soir.

Par la suite, nous avons ajouté à ce traitement, en 1956, :

- Trois comprimés à 0,10 mgr. de Serpasil, par jour, en cures de 10 jours alternant avec :
- Six comprimés de N-Oblivon par jour, en cures de 10 jours également
- Psychothérapie :

Le médecin-traitant n'a pas cherché à employer particulièrement cette méthode, et nous étions, nous-mêmes, trop intimement mêlés à la situation pour pouvoir l'employer. Au contraire même, nous avons probablement aggravé l'état de la malade par le spectacle de nos troubles propres ? Nous avons, cependant, fait notre possible pour éviter à la malade les tâches pénibles qu'entraînait la présence du grand malade au foyer.

- Résultats :

Les troubles de la série ménopausique et les insomnies ont été favorablement influencés par le traitement médicamenteux. Quant au reste, nous n'avons relevé aucune amélioration notable. La carence relative de l'ensemble du traitement est probablement responsable de la gravité qu'a revêtu le syndrome chez Mme. Sem..

4) - Evolution ultérieure.

Les manifestations du syndrome ont évolué en amplitude d'une façon assez parallèle à l'évolution de l'expérience vécue. Nous avons vu comment l'apparition des premiers troubles importants avait coïncidé avec les premières manifestations très traumatisantes de la grande maladie; comment la répétition de ces manifestations avait aggravé l'état de Mme Sem.. Nous noterons une réaction particulière de la malade; loin de s'acharner à soigner le grand malade et à le garder, elle se détache de lui avec violence et pousse, de même; à son hospitalisation. Cette réaction nous paraît être un indice de gravité du syndrome; elle nous paraît représenter, dans ce cas, une sorte d'équivalent de l'idée d'euthanasie, sur les instances très pénibles de Mme Sem., et aussi devant l'aggravation de l'état du grand malade, nous avons fait hospitaliser ce dernier, ceci à contre-cœur et contre l'avis des neurologues.

L'hospitalisation du grand malade a amené dans l'état de Mme Sem.. un changement surprenant. Du jour au lendemain, son irritabilité a disparu, pour être même remplacée par une passivité triste. Nous avons alors assisté à l'évolution, sur deux mois, d'un syndrome dépressif. Ce syndrome avait fait son apparition avant l'hospitalisation du grand malade, mais à l'état fruste. Il s'est décanté, précisé, sans que la mort du grand malade l'ait modifié. Cette mort a provoqué chez Mme Sem.. un chagrin authentique, qui s'est atténué en une semaine, restituant le syndrome dépressif intact. Il s'est agi d'une dépression importante avec grand ralentissement de l'activité intellectuelle et physique, diminution de l'initiative, abondance d'idées tristes, bouffées anxieuses impressionnantes pendant lesquelles la malade manifestait même la terreur de l'obscurité qui régnait dans la pièce voisine. Un traitement médicamenteux important a été mis en oeuvre; il comprenait:

- Phénobarbital pour la nuit.
- N-Oblivon, Serpasil, Benactyzine associés pour la journée.

Ce traitement a calmé la malade, qu'une existence désormais tranquille a achevé d'améliorer. Dans ce cas encore, il existe des séquelles.

5) - Séquelles

Elles affectent le sommeil et le caractère.

- Troubles du sommeil: Sommeil souvent peuplé de cauchemars, agité. Insomnies du début de la nuit.
 - modifications du caractère: Il subsiste une très grande labilité de l'humeur, avec possibilité de colères violentes, pénibles pour les proches; nous notons également une certaine puérilité des préoccupations associée à une diminution du sens de la responsabilité et du sens du réel.
-

OBSERVATION N° 8.

Il s'agit de notre cas personnel. Nous le présentons strictement sous même forme que les autres cas que nous avons étudiés ; c'est-à-dire, non sous une forme autobiographique, mais sous la forme d'une observation médicale prise par un tiers.

I - GENERALITES.

Nicolas Sem.. Rue Jacques Louvel Tessier Paris (X°) âgé de 26 ans en 1956. Etudiant en Médecine et travaillant à un commerce de brocante au Marché de St-Ouen. C'est un homme de taille moyenne de corpulence forte, à l'expression ouverte, non dénuée d'intelligence. Le caractère, en temps normal, était assez égal, surtout grâce à une certaine maîtrise de soi. Il était cependant capable de franche gaîté, de colères passagères, de passion ; sociable, serviable, mais marqué par un manque notable d'énergie.

- Antécédents personnels.

- Intellectuels :

Etudes classiques ; lectures nombreuses et variées. Etudes de Médecine.

- Affectifs :

Il a grandi entre un père très doux, unemère un peu nerveuse et un frère cadet assez affectueux ; quelques conflits avec la mère et le frère.

- Pathologiques :

Maladies infantiles courantes ; accident de la voie publique ayant nécessité une laparotomie en 1944.

- Antécédents familiaux.

- Mère en bonne santé.

- Père grand malade, ancien hypertendu ; l'hypertension semble d'ailleurs être une tare héréditaire dans la famille paternelle.

- Un frère en bonne santé.

- Une soeur décédée en 1944, sujette à des crises comitiales puis paralysée, à la suite d'un traumatisme crânien.

- Milieu familial.

Il se compose de quatre personnes :

- La mère de N. Sem., qui a fait l'objet de l'observation précédente.

- Le père de N. Sem., grand malade au caractère ~~très~~ modifié.

- Le frère cadet de N. Sem., étudiant en Médecine lui-aussi, qui se tient à l'écart du grand malade et de la vie familiale, et qui n'a pas présenté de troubles.

- Conditions matérielles.

- Logement spacieux et confortable.

- Moyens pécuniaires variables et causes d'importants soucis pour N. Sem.. qui s'occupe entièrement de la partie comptable et fiscale de l'affaire familiale.

2) - Le syndrome de l'entourage.

a) - Le grand malade.

La description de son affection a été traitée dans L'observation précédente.

Quelles sont les manifestations pathologiques et leurs conséquences qui ont été traumatisantes pour le psychisme de N. Sem.. ?

- Les déplacements du grand malade, sa toilette, sa nourriture ; ces faits étant encore plus traumatisants par leur répétition.

- Les incontinences anales et leur nettoyage.

- Les sondages de jour et de nuit pendant plus de quatre mois.

- La dissection et le pansement biquotidiens des escarres.

- Les modifications du caractère du grand malade.

- L'aspect et le comportement physique du grand malade ont été peu traumatisants car, par sa formation professionnelle, N. Sem.. y était préparé.

- Enfin, conséquence de la grande maladie, le syndrome de l'entourage présenté par Mme Sem.. a été nettement traumatisant pour le psychisme de N. Si on ajoute à cela les difficultés financières auxquelles N. Sem.. devait faire face, et les examens qu'il devait préparer, on conçoit aisément la qualité des ennuis qu'il a connus.

Les sentiments de N. Sem.. pour le grand malade étaient très affectueux, dévoués et basés sur beaucoup de reconnaissance pour les études que le grand malade lui avait permis de poursuivre.

b) - L'entourage.

1) - Histoire du syndrome.

La découverte de la maladie de son père a vivement peiné N. Sem., d'autant plus qu'il a été rapidement à même d'en prévoir l'issue. Il a contenu sa douleur pour éviter d'alarmer prématurément sa famille, et a fait face avec des réactions normales aux exigences de la situation. Les difficultés ont même augmenté son énergie et sa volonté, plutôt faibles en temps normal. Il en a été ainsi et sans troubles jusqu'à la fin de 1954.

A ce moment les manifestations de la grande maladie ont augmenté en fréquence et en importance, en même temps qu'en apparaissaient de nouvelles ; accentuation de la paraplégie aboutissant à l'impotence complète, incontinenances anales quotidiennes, rétention d'urines nécessitant des sondages, apparition des paralysies oculaires, de la paralysie des membres supérieurs, des troubles de la déglutition et de la respiration. Les premiers troubles se sont alors développés chez N. Sem...

Il s'est d'abord agi d'une sensation de fatigue mentale, surtout matinale ; sensation de tête vide, de désorganisation du mécanisme de la pensée, défaillances de la mémoire.

En même temps apparaissent des troubles du sommeil ; sommeil peu reposant, agité, long à obtenir. En somme, on observe un tableau de fatigue nerveuse, en apparence banale et amplement justifiée.

L'irritabilité s'est bientôt manifestée ; l'égalité de caractère du malade a fait place à une susceptibilité de tous les instants ; les discussions provoquent une colère violente. Les bruits de la rue, que le sujet avait toujours entendus avec joie, l'irritent. Cette susceptibilité, cette irritabilité, ont péniblement surpris le malade lui-même.

L'irritabilité s'est, là aussi, particulièrement orientée sur le grand malade, tout en prenant un caractère irrépressible. Elle a douloureusement étonné N. Sem.. qui avait tant d'attachement pour le grand malade.

Il a difficilement supporté la conversation avec le grand malade, s'irritant de ses redites, des pauvres lieux communs de sa pensée, et les lui faisant remarquer sans douceur. Les soins à donner deviennent l'occasion de remarques acerbes, de colères non dissimulées, de brusqueries.

En même temps, N. Sem.. se heurtait à sa mère à propos de l'hospitalisation du grand malade ; ces conflits ont eu un retentissement anxieux nocturne. L'irritabilité a souvent pris une allure paroxystique lorsque l'état du grand malade a exigé des soins très nombreux, notamment après l'apparition des escarres. A l'occasion des soins ou des discussions avec Mme Sem.. se sont produites de véritables crises furieuses pendant lesquelles le malade grinçait des dents, larmoyait, poussait des gémissements et des cris inarticulés. Ces crises laissaient le malade épuisé ne conservant qu'un souvenir très confus de l'épisode qu'il avait présenté.

Le malade a ressenti vers cette époque une diminution de son initiative et de son énergie ; il a négligé sa mise, ses soins de toilette ; il a ressenti une envie intense de ne plus s'occuper de rien, d'abandonner la préparation de ses examens. Conscient de l'aspect dépressif que prenait son psychisme, il a tenté de réagir et, comme nous l'exposerons plus loin, y est parvenu dans une certaine mesure. Au total, le syndrome de N. Sem. se présentait avec :

- Début par des signes de fatigue nerveuse.
- Irritabilité générale et particulièrement orientée sur le grand malade, avec manifestations paroxystiques.
- Bouffées anxieuses nocturnes, troubles du sommeil.
- Evolution vers un état dépressif fruste.

2) - Examen physique.

Ex. cardio-vasculaire : pouls à 100-120 pulsations/min. à plusieurs examens consécutifs.

T.A. : Mx = 13 ; Mn = 8 cm ; Hg.

Coeur ; rapide et régulier.

Ex. pulmonaire : Rien à signaler.

Ex. neurologiques : Réflexes normaux.

3) - Tentatives thérapeutiques.

- Thérapeutiques médicamenteuses.

Elle s'est réduite à peu de choses et n'a pas été conduite par intention suivie. Elle a consisté en la prise, assez rare, de barbituriques d'élimination rapide pour lutter contre les troubles du sommeil.

Au moment où le malade a pris conscience de son état dépressif, il a réagi d'une façon qu'on peut considérer, à juste titre, comme dangereuse.

Il a pris des amphétamines (Maxiton. Tonédron) pendant un mois (du milieu de Mai au milieu de Juin 1956) à hautes doses : sept à quinze milligr. par jour. Il peut cependant invoquer comme excuse à cette imprudence, la nécessité de satisfaire à de nombreuses obligations, et surtout, de préparer et réussir ses examens de Faculté.

- Psychothérapie :

Elle a été inexistante. Une aide organisée des autres membres de l'entourage aurait eu une action favorable, mais elle n'a pas été. Comme dans d'autres cas que nous avons étudiés, personne n'a voulu prendre le relais

de celui qui s'était chargé des obligations les plus pénibles. Le frère de N. Sem.. s'est tenu en dehors de la situation et, tout au plus, a aidé quelquefois N. Sem. dans ses soins. La mère de N. Sem.. s'est occupée indirectement du grand malade mais elle a présenté des troubles graves. De ce fait, l'action favorable que son aide pouvait avoir sur le psychisme de N. Sem.. a été largement anihilée par les manifestations de son syndrome que N. Sem.. a dû supporter ; manifestations dont le frère de N. Sem.. se tenait également à l'écart.

Résultats.

Les barbituriques, lorsque le malade en prenait, avaient une action favorable sur les troubles du sommeil. Les amphétamines ont examiné l'irritabilité, l'anxiété, mais elles ont permis au malade de vaincre la dépression qui le menaçait ; elles lui ont permis de faire face à toutes les nécessités et de réussir ses examens de Faculté. Les manifestations du syndrome n'ont pas diminué tant qu'a duré l'expérience vécue.

4) - Evolution ultérieure.

L'hospitalisation du grand malade, bien que N. Sem.. ne l'ait acceptée qu'à son corps défendant, a grandement modifié l'état de N. Sem.. Presqu'immédiatement son irritabilité a disparu ; mais une sensation constante d'angoisse a subsisté. Cette sensation elle-même a disparu à la mort du grand malade. Cette mort a provoqué chez N. Sem.. un chagrin intense, mais elle l'a laissé d'esprit libre et lucide.

Il s'est occupé seul, et convenablement, des formalités de l'enterrement et à récupéré immédiatement un psychisme normal ; ce qui lui a permis de soigner sa mère avec efficacité. Il souffre encore de certaines séquelles.

5) - Séquelles.

Elles ne comportent pas de troubles du sommeil, redevenu excellent, mais uniquement des modifications du caractère :

- Une irritabilité plus grande qu'auparavant ; colères très fréquentes bien que brèves, par bouffées.

- Une diminution indéniable et l'élan vital ; comme une sorte de lucidité excessive, pessimiste, destructive, qui freine la passion, l'enthousiasme.

- Enfin, conséquence probable de la séquelle précédente, une espèce de maladie de la volonté, qui retarde, paralyse l'entreprise en la montrant pleine de difficultés invincibles.

III - RECAPITULATION ET COMMENTAIRE DES DONNEES DE LA CLINIQUE

A - RECAPITULATION.

1) - Les conditions matérielles.

Elles sont moyennes dans l'ensemble :

- Bonnes dans 3 cas sur 8 : Obs. n° 1, 2, 3.
- Moyennes dans 3 cas sur 8 : Obs. n° 6, 7, 8.
- Médiocres dans 2 cas sur 8 : Obs. n° 4 et 5.

2) - Le niveau intellectuel.

Moyen dans l'ensemble, il n'est jamais bas ; certains de nos sujets ont même une intelligence bien supérieure à la moyenne.

3) - L'état mental antérieur.

Normal dans 7 cas sur 8 ; un seul cas (n° 4) sur lequel on peut mettre l'étiquette de paranoïa constitutionnelle.

4) - L'âge des malades.

S'étale en éventail de 25 ans à 65 ans avec, cependant, un maximum entre 40 et 50 ans.

5) - Le milieu familial.

Dans deux cas sur huit (Obs. n° 2 et 5), le milieu familial ne comprend que le grand malade et un membre d'entourage.

Dans les six autres cas (Obs. 1, 3, 4, 6, 7, 8), le milieu familial comporte le grand malade et plus d'un membre d'entourage, même si, en fait, un seul membre d'entourage soigne le grand malade et cohabite avec lui. Pour ces cas, nous pouvons envisager la valeur du milieu familial, du point de vue de la protection contre le syndrome de l'entourage.

- Obs. n° 1 Mme Fl.. a un fils, mais celui-ci est un retardé mental, d'une part, et, d'autre part, doit partir au service militaire. Il n'est ainsi d'aucun secours pour Mme Fl.. et est même, pour elle, une cause de soucis.

- Obs. n° 3. Melle W., qui vit seule avec sa mère grande malade, a une soeur mariée, qui vient la voir rarement et ne la soulage en rien. Cependant, lorsque sur nos instances, cette soeur a aidé Melle W. d'une façon suivie et efficace, l'état de Melle W. s'est bien amélioré.

- Obs. n° 4. M. Kl. vite avec une femme névropathe qui refuse de s'occuper de leur enfant grand malade. Elle reste en dehors du foyer le plus possible et finit même par quitter son compagnon en lui laissant l'enfant. Elle n'a donc aucune utilité dans l'expérience vécue par M. Kl..

- Obs. n° 6. Mme H. vit seule avec son mari grand malade ; elle a deux filles mariées qui ne viennent la voir que rarement et pour de courtes visites. Elles ne lui sont donc que de peu de secours, et leur activité n'a pas d'influence sur son état. Par contre, à partir du moment où elles sont venues assidûment et ont apporté une aide efficace à leur mère, l'état de celle-ci s'est bien amélioré, sous réserves de l'évolution ultérieure.

- Obs. n° 7. Mme Sem. vit avec son mari grand malade et ses deux fils. De ses fils, le cadet s'occupe peu du grand malade et tend à se maintenir en dehors de l'expérience vécue par sa famille ; l'aîné soigne constamment le grand malade, mais laisse certaines tâches à Mme Sem. et ne peut lui apporter un soutien moral efficace ; car il est lui-même atteint du syndrome de l'entourage.

- Obs. n° 8. N. Sem. vit avec son père grand malade, sa mère, et son frère cadet. Le frère de N. Sem. ne l'aide que peu et, comme nous l'avons dit tend à se maintenir en dehors de la situation. La mère de N. Sem. lui fournit une aide matérielle pour les soins mais aucune aide morale, bien au contraire, car elle souffre aussi du syndrome.

6) - Les manifestations du syndrome de l'entourage

Elles comportent :

- L'irritabilité avec son orientation particulière sur le grand malade, avec agrossivité, brusquerie dans les soins ; dans les 8 cas étudiés.

- Les troubles du sommeil assez précoces dans les 8 cas étudiés.

- Dans 7 cas sur 8, un état dépressif plus ou moins complet, d'apparition progressive, et comprenant, selon les cas, tout ou partie des symptômes suivants : pessimisme, pleurs, idées de suicide, diminution de l'initiative, ralentissement psychique, bouffées anxieuses, asthénie, anorexie, amaigrissement, auxquels s'ajoutent les troubles du sommeil dans tous les cas.

- Des troubles neuro-végétatifs variés : spasmes digestifs et respiratoires, tachycardie modérée.

- Dans 7 cas sur 8 (sauf dans l'obs. n° 7), nous notons le refus de se séparer du grand malade.

- Dans 3 cas (obs. n° 1, 3, 5), la fin brutale de l'expérience vécue a été marquée par un état semi-confusionnel.

- Enfin, dans le seul cas sans dépression (n° 4), nous avons vu se préciser, à la faveur du syndrome de l'entourage, la paranoïa constitutionnelle du sujet.

7) - Evolution générale de syndrome de l'entourage.

a) - Evolution spontanée.

Dans la mesure où nous l'avons suivie, nous avons constaté :

- Qu'il s'écoulait un temps libre assez long, (de un mois à plusieurs années), entre le choc moral de la découverte de la grande maladie et l'apparition des premières manifestations du syndrome.

- Que les troubles du sommeil étaient précoces.

- Que l'évolution spécifique était le développement de l'irritabilité avec son caractère d'agressivité à l'égard du grand malade.

- Que les troubles de l'affectivité apparaissaient concomitamment.

- Que l'évolution se faisait vers un état dépressif, annoncé par les troubles du sommeil et de l'affectivité, avec persistance de l'irritabilité spécifique. Cet état dépressif disparaissait rapidement après la fin de l'expérience vécue, alors que l'irritabilité ne durait guère plus longtemps que la présence du grand malade au foyer. Donc, le syndrome de l'entourage évoluait vers la guérison avec la fin de l'expérience vécue. Le caractère général de cette évolution est sa subordination à l'évolution de l'expérience vécue ; les manifestations du syndrome augmentaient en amplitude et en fréquence lorsque les manifestations de la grande maladie suivaient une évolution similaire ; elle disparaissaient lorsque, d'une façon quelconque, la grande maladie prenait fin.

b) - Evolution traitée.

La thérapeutique médicamenteuse n'a quo peu influencé l'évolution ; elle n'a fait que sensibiliser le sujet à la psychothérapie ; elle l'a détendu, lui a permis de se mettre plus facilement en confiance. Nous n'avons vu l'évolution prendre un tour nettement favorable qu'à partir du moment où la psychothérapie et les mesures d'assistance se sont bien installées. Nous avons constaté alors, dans l'état des malades, une sorte d'équilibre ; équilibre bien fragile d'ailleurs, puisqu'il suffisait,

pour le rompre, d'un relâchement de la thérapeutique, ou d'une aggravation, réelle ou apparente, de la grande maladie. L'évolution du syndrome était donc étroitement subordonnée à la psychothérapie sous toutes ses formes (psychothérapie directe et mesure d'assistance), et à l'évolution de l'expérience vécue.

Sous l'action du traitement, l'évolution suit un plateau au niveau duquel il n'y a pas guérison. Le seul facteur capable d'amener la guérison du syndrome nous a paru être la fin de l'expérience vécue, c'est-à-dire de la grande maladie, quelle que soit la modalité de cette fin. La guérison du syndrome survient alors dans des délais assez brefs, au maximum deux mois pour nos cas. Ce délai tient même compte de l'évolution d'une psycho-névrose réactionnelle qui persiste, à titre de complication, un certain temps après la fin de l'expérience vécue.

8) - Les séquelles relevées.

Dans 5 cas sur 6 (Obs. n° 1, 3, 5, 6, 7), elles comportent des troubles du sommeil allant de la sensation de sommeil trop superficiel à l'insomnie véritable. Ces troubles sont variables dans le temps ; leur cause semble être l'hyperexcitabilité nerveuse des sujets, véritable séquelle du syndrome ; de fait, ces troubles du sommeil répondent presque toujours à des circonstances où le système nerveux des sujets est soumis à certains stimuli ; stimuli négligeables pour des sujets à excitabilité normale, mais suffisants pour ces sujets hyperexcitables. L'accoutumance aux barbituriques peut être aussi responsable de ces troubles, mais en partie et dans certains cas.

Dans 6 cas sur 6 (1, 3, 5, 6, 7, 8), les séquelles comportent des modifications du caractère. Ces modifications sont loin d'être toutes pathologiques au pied de la lettre ; certaines auront leur utilité dans la suite de l'existence sociale du sujet ; d'autres lui nuiront. D'une façon générale, nous avons constaté :

- une labilité de l'humeur, une fragilisation de l'équilibre nerveux.

- un certain pessimisme, qui détermine une défiance, une diminution de l'esprit d'entreprise et des potentiels de passion et d'enthousiasme. Dans un cas (Obs. n° 7), nous avons constaté une modification franchement pathologique du comportement, qui consiste dans la fuite devant le réel et le sérieux de la vie, devant les responsabilités. Le sujet cherche un refuge dans des préoccupations futiles, puériles.

B - COMMENTAIRE.

1) - Les généralités.

a) - Rôle des conditions matérielles.

Nous pouvons dire que de bonnes conditions matérielles n'empêchent pas l'apparition du syndrome. Il est, par contre, certain, que les mauvaises conditions matérielles favorisent son apparition et son aggravation :

- par les difficultés que présentent les soins à un grand malade dans un logement petit, encombré et obscur.

- par le fait que, dans un logement trop petit, le membre d'entourage ne peut pas prendre de repos à distance du grand malade et qu'ainsi, il est soumis sans cesse à l'agression psychique que déterminent l'aspect et le comportement du grand malade.

- par le fait que des soucis pécuniaires constituent un traumatisme supplémentaire difficile à supporter pour une résistance nerveuse déjà surchargée.

- par le fait très général que, même en dehors de la présence d'un grand malade au foyer, un certain confort, de l'air, de la lumière, sont indispensables au maintien d'un équilibre nerveux normal.

b) - Rôle de l'état mental antérieur.

Il était normal dans 7 cas sur 8 ; à propos des complications éventuelles nous reviendrons sur ce sujet.

Dans l'un de nos cas (obs. n° 4), le sujet était un paranoïaque constitutionnel ; nous ne croyons pas que la paranoïa constitutionnelle a favorisé l'apparition du syndrome de l'entourage, mais nous pouvons dire que le syndrome a favorisé l'affirmation de la paranoïa constitutionnelle.

c) - Rôle de l'âge.

Il semble jouer un rôle indifférent dans l'apparition et l'évolution du syndrome. Le maximum observé entre 40 et 50 ans est probablement déterminé par l'âge moyen auquel se révèle la grande maladie, si nous considérons que l'entourage (soeur ou conjoint) est, le plus souvent, d'un âge proche de celui du grand malade.

d) - Rôle du niveau intellectuel.

Pour l'ensemble de nos cas, il est plutôt au-dessus de la moyenne. Nous pensons qu'une intelligence développée et affinée est un facteur de sensibilité aux traumatismes psychiques, et est donc favorable à l'apparition du syndrome.

e) - Rôle du milieu familial et, par extension, de l'isolement et des mesures d'assistance.

Dans deux de nos cas, le membre d'entourage vit seul avec le grand malade ; dans les six autres, il y a une famille plus nombreuse, mais nous

avons montré que, par ses carences, son manque de bonne volonté ou d'organisation, cette famille ne modifiait pas l'expérience vécue, ou ne la modifiait que dans un sens défavorable. L'existence, autour du membre d'entourage, d'une famille non coopérante équivaut, dans les cas les moins mauvais, à l'isolement de ce membre d'entourage avec le grand malade. Il ressort de tout cela que l'isolement du membre d'entourage avec le grand malade favorise l'apparition du syndrome de l'entourage.

Cette conclusion est corroborée par le fait que la mise en oeuvre d'une coopération de la famille, ou de mesures d'assistance venant de l'extérieur, freine l'évolution du syndrome de l'entourage.

Il y a un parallélisme remarquable entre le rôle de l'isolement dans le syndrome de l'entourage et le rôle de l'isolement dans les états réactionnels. Mme Agnès Masson (Contribution à l'étude des Etats Réactionnels. Annales Médico-Psychologiques. 1952. P. 473), écrit à propos de grévistes emprisonnés "Noter l'influence mauvaise (.....) de l'abandon par son groupe du gréviste emprisonné ; par contre, que le soutien du groupe se manifeste, l'état réactionnel se dissipe. "L'effet de ce soutien du groupe est similaire à celui des mesures d'assistance dans le syndrome.

Nous retrouvons une similitude du même ordre entre le syndrome de l'entourage et les causes du suicide normal. Halbwachs (Les causes du suicide. Strasbourg. 1930. P. 420), écrit : "Tous les motifs présumés du suicide normal, non psychopathique (.....) ont le même caractère. Ce sont des faits ou des circonstances, des sentiments ou des pensées, qui isolent l'homme de la société (.....) C'est cet état lui-même, c'est-à-dire le sentiment d'une solitude définitive et sans recours, qui est la cause unique du suicide." Par ailleurs, selon Mme A. Masson, le suicide est une complication éventuelle des états réactionnels. Nous reviendrons à propos des complications éventuelles du syndrome de l'entourage, sur ces rapports et sur les conséquences que l'on peut en tirer.

f) - Autres circonstances de l'apparition du syndrome.

Dans chacune de nos observations, nous avons tenté de tracer un schéma des circonstances pathogènes, en interrogeant le malade et en jugeant par nous-mêmes.

Ces circonstances consistent essentiellement dans les manifestations psychiquement traumatisantes de la grande maladie, et dans leurs conséquences matérielles pour l'entourage. La répétition, pendant un temps prolongé, de ces traumatismes psychiques, constitue un facteur important de leur pathogénéité.

Là encore, nous retrouvons les circonstances de l'apparition de certains états réactionnels. Mr. P. Abély, cité par Mme Masson (Op. cit.) dit : "A une agression brusque ou répétée et prolongée, les facultés d'adaptation du sujet sont dépassées ou épuisées".

Nous retrouvons cette notion chez C.J. Urechia. (Les psychoses réactionnelles

Encéphale. Sept. 1931 P. 591.) Parlant des circonstances déclanchantes des états réactionnels, cet auteur écrit : "Mais, à côté de ces émotions brusques, intenses, assez souvent imprévues, il existe d'autres traumatismes psychiques....., ces traumatismes psychiques, de nature variée, peuvent durer longtemps, s'accumuler ;"

Ces circonstances de l'apparition du syndrome de l'entourage sont également comparables à celles qui entrent dans les causes du suicide normal selon Halbwachs. Cet auteur, (Op. cit. P. 408), écrit "... chez tout individu qui se tue, on trouverait, au moment où il se suicide, et peut-être dans les quelques heures ou même les quelques jours qui précèdent, un trouble plus ou moins profond, mais toujours effectif, des fonctions nerveuses ou cérébrales, (....) Une grande douleur physique ou morale, qu'il s'agisse d'un choc ou d'un ébranlement soudain, ou d'une longue succession de petits ennuis qui s'accumulent (....), toutes ces causes déterminent, à la longue ou brusquement, un état de déséquilibre nerveux."

Nous reprendrons, à propos des complications éventuelles du syndrome, ces similitudes de circonstances.

Enfin, une circonstance indéniable de l'apparition du syndrome consiste dans le surmenage. Mme Masson (Op. cit.) reconnaît au surmenage un rôle "sensibilisant" dans l'apparition des états réactionnels. Il y a là une nouvelle similitude de circonstances.

2) - Le syndrome de l'entourage lui-même.

a) - Les manifestations du syndrome de l'entourage.

Nous avons vu qu'elles consistent essentiellement en :

- une irritabilité avec tropisme particulier sur la personne du grand malade, avec possibilité de paroxysmes.

- l'évolution d'un état dépressif avec anxiété ou subanxiété, diminution de l'initiative, ralentissement des mécanismes mentaux, désorientation plus ou moins accoutumée, pessimisme, pleurs, idées de suicide, asthénie et même anorexie et amaigrissement, troubles du sommeil et troubles neuro-végétatifs.

- dans un cas (n° 4), nous avons pu observer le retour à des manifestations affectives appartenant à l'ancien groupe ethnique du sujet. Cette particularité est citée par Mme Masson dans son étude des états réactionnels (Op. cit.).

D'autre part, les signes de dépression se rencontrent aussi dans les états réactionnels. A ce propos, on pourra se référer aux articles de Mme A. Masson (Op. cit.), à l'article de C.J. Urechia (Op. cit.), à la thèse de A. Patel : "Contribution à l'étude de la socio-pathologie des affections mentales en rapport avec les difficultés de la vie". Paris 1939. P. 115.

b) - L'évolution du syndrome de l'entourage.

De l'étude de cette évolution, nous pouvons tirer deux conclusions :

1) - Le syndrome de l'entourage est différent de la douleur morale qu'engendre la découverte de la maladie d'un proche, ou même de l'état réactionnel qui pourrait suivre le choc moral de cette découverte. En effet, la découverte de la maladie d'un proche provoque un chagrin plus ou moins vif, plus ou moins prolongé dans l'entourage. Quelle que soit l'intensité ou la durée de ce chagrin, il est, en tout cas, d'apparition immédiate ; une fois que ce chagrin s'est atténué, apparaît un temps libre qui peut être très long, puis, s'il y a cohabitation avec le grand malade, apparaissent les premiers troubles attribuables au syndrome. L'existence de ce temps libre ne peut s'expliquer qu'ainsi : la douleur morale engendrée par la maladie d'un proche, et le syndrome de l'entourage sont deux entités tout-à-fait différentes. La chronologie plaide donc en faveur de cette discrimination.

Les manifestations du syndrome sont, elles aussi, différentes de celles que l'on pourrait attendre du chagrin, tout au moins en partie.

Enfin, la marche évolutive du syndrome, très longue, calquée sur l'évolution apparente et spectaculaire de la grande maladie, allant vers la guérison lorsque l'expérience vécue prend fin, même par la mort du grand malade ou par son hospitalisation (événements qui devraient provoquer une aggravation s'il s'agissait de simple douleur morale), milite en faveur de cette discrimination entre douleur morale ou même état réactionnel lié à la douleur morale, et syndrome de l'entourage.

2) - Par son évolution, le syndrome de l'entourage s'assimile parfaitement aux états réactionnels. En effet, l'évolution du syndrome est parallèle à l'évolution apparente et spectaculaire de la grande maladie, c'est-à-dire, à l'évolution de l'expérience vécue. Le syndrome de l'entourage s'aggrave lorsque les manifestations spectaculaires de la grande maladie augmentent en amplitude et en fréquence ; il s'améliore lorsqu'elle se raréfie ; il évolue vers la guérison lorsque le grand malade est hospitalisé ou meurt. La séparation définitive d'avec le grand malade a, sur le syndrome la même action que la fin de l'expérience vécue sur les états réactionnels.

Ce caractère évolutif de subordination étroite à l'évolution de l'expérience vécue, suffit à définir les états réactionnels (Mme A. Masson Op. cit.), parmi lesquels le syndrome de l'entourage vient ainsi se ranger.

c) - Les séquelles du syndrome de l'entourage.

Ces séquelles sont entièrement communes au syndrome de l'entourage et aux états réactionnels (Mme A. Masson. Op. cit.). Nous désirons porter sur elles une appréciation qui, bien sûr, ne représente rien de plus que notre opinion personnelle. Les troubles du sommeil, pour pénibles qu'ils

soient, ne nous semblent pas très graves. Bien autrement graves nous paraissent les modifications du caractère, qu'on nomme pourtant d'une façon courante "les bienfaits de l'expérience". Nous ne pensons pas qu'il faille appeler des bienfaits la perte de la confiance dans la vie et dans nos semblables, la perte du pouvoir de se passionner, de s'enthousiasmer, la perte du pouvoir de s'intéresser profondément à quelque chose ou à quelqu'un, l'acquisition de la crainte. Nous pensons, au contraire, qu'il s'agit là de cicatrices morales et psychiques qui compromettent la valeur de la vie.

C - CONCLUSIONS SUR L'ETUDE DES DONNEES CLINIQUES

De cette étude nous tirerons trois conclusions :

1) - Dans l'entourage des grands malades se développe un syndrome psychiatrique bien individualisé qui comporte :

- une irritabilité à tropisme particulier sur le grand malade,
- l'évolution d'un état dépressif plus ou moins complet.

Ce syndrome de l'entourage est favorisé, quant à son apparition, par l'isolement du membre d'entourage avec le grand malade. Il évolue d'une façon parallèle à l'évolution apparente et spectaculaire de la grande maladie et guérit par la fin de la grande maladie ou la séparation d'avec le grand malade, quelles que soient les modalités de cette fin ou de cette séparation.

2) - Par la chronologie de son apparition, par ses manifestations, par ses modalités évolutives, le syndrome de l'entourage est entièrement différent de la douleur morale provoquée par la découverte de la grande maladie, ou même de l'état réactionnel qui pourrait succéder à ce choc moral.

3) - Par les circonstances de son apparition, par ses manifestations, par ses modalités évolutives, par ses séquelles, le syndrome de l'entourage s'intègre dans le cadre nosologique des états réactionnels.

IV - COMPLICATIONS DU SYNDROME DE L'ENTOURAGE

Nous n'avons, nous-mêmes, observé que peu de complications. Elles ont consisté essentiellement dans l'évolution de l'état dépressif symptomatique vers la dépression mentale vraie, persistant un certain temps après la fin de l'expérience vécue. Nous avons observé également, dans 3 cas (N° 1, 3, 5), l'apparition d'un état confusionnel ou sémi-confusionnel à la phase critique de fin brutale de l'expérience vécue. Cependant, de l'assimilation du syndrome de l'entourage aux états réactionnels, nous pouvons tirer des conséquences qui nous permettent de définir les complications éventuelles du syndrome. Nous pouvons ainsi envisager :

- les psychoses réactionnelles,
- le suicide réactionnel,
- une complication particulière au syndrome de l'entourage : l'homicide commis sur la personne du grand malade par le membre d'entourage ou "enthanasie".

1) - LES PSYCHOSES REACTIONNELLES

Elles peuvent apparaître assez tardivement, comme nous l'avons vu nous-mêmes, et comme le dit Mme A. Masson (Op. Cit.) : "L'état réactionnel peut, secondairement, se superstructurer par l'adjonction (névrotisation secondaire) des éléments qui entrent dans la constitution d'une névrose banale". Elles peuvent aussi apparaître d'emblée, avant toute autre manifestation réactionnelle, comme le décrit C.J. URECHIA (Op. cit.).

C.J. URECHIA décrit diverses psychoses réactionnelles ; les plus fréquentes sont :

- la dépression réactionnelle,
- la mélancolie réactionnelle.

On peut voir également, selon cet auteur :

- la stupeur réactionnelle, surtout après un choc brutal,
- la manie réactionnelle : très rare,
- le syndrome anxieux réactionnel,
- la confusion réactionnelle ; avec mélange de conscience et de confusion, comme dans certains des cas que nous avons observés personnellement,
- la paranoïa réactionnelle ; peu fréquente,
- les états schizophréniques ou schizomaniques réactionnels, qui n'évoluent jamais vers la démence.

Selon l'auteur, ces réactions franchement pathologiques sont, dans la moitié des cas au moins, le fait des sujets prédisposés.

- Prédisposés par hérédité : hérédité psychopathique, dégénérescence, hérédité alcoolique.

- Prédisposés par tempérament : tempérament excessif, individus sensitifs à constitution psychique spéciale, réceptive aux tensions psychologiques, avec tendances impulsives ou excito-inhibitrices ; souvent on rencontre une constitution mélancoliforme, une labilité émotive, une inégalité du caractère, des tendances paranoïdes.

- Prédisposés par leur constitution somatique : constitution pycnique ou dysplasique avec asthénie, petites anomalies endocriniennes.

- Prédisposés par des intoxications : alcoolisme, toxicomanie.

- Prédisposés par le moment physiologique : puberté, ménopause, sénescence.

Pour les cas où aucune de ces prédispositions n'est retrouvée, C.J. URECHIA invoque une éducation défectueuse, propice à une fixation de la libido à un stade infantile. La surcharge de l'inconscient de ces sujets en tendances refoulées, non sublimées, serait le facteur de réceptivité.

Une particularité remarquable de ces psychoses réactionnelles est la bonté de leur pronostic. Elles guérissent rapidement et d'une façon pratiquement complète. Mme A. MASSON (Op. cit.) écrit "même quand les états réactionnels évoluent vers le pathologique, le pronostic est très bon avec l'amélioration de l'expérience vécue".

Pour les 15 cas étudiés par C.J. URECHIA, le plus long délai de guérison a été de quatre mois. Pour les cas que nous avons observés personnellement, l'évolution a toujours été favorable, avec un délai de guérison maximum de deux mois pour une dépression caractérisée (cas N° 7).

2) - SUICIDE REACTIONNEL

Parmi les cas que nous avons étudiés, nous n'avons pas eu à déplorer de suicides. Nous avons cependant constaté chez nos sujets, à maintes reprises l'existence d'idées de suicide. Dans l'un de nos cas, il y aurait même eu tentative de suicide. Le membre d'entourage qui a l'idée de se suicider veut presque toujours entraîner le grand malade dans la mort. Les constatations cliniques sont donc en faveur de l'idée selon laquelle une complication éventuelle du syndrome de l'entourage est représentée par le suicide.

D'autre part deux éléments conduisent le raisonnement à cette même idée :

a) - Le fait que le syndrome de l'entourage soit une modalité des états réactionnels. En effet, au cours des états réactionnels, le sui-

cide peut survenir, et constitue même l'évolution la plus grave de ces états. Mme A. MASSON (Op. cit. p. 604) écrit à ce sujet : "La réaction grave principale est le suicide, quelquefois réalisé, quelquefois raté.." Selon Mme MASSON ce suicide du réactionnel serait différent de celui des déséquilibrés émotifs ou intellectuels et des obsédés ; chez ces derniers, la tentative de suicide aurait un effet apaisant et ne serait pas renouvelée. Dans l'état réactionnel, le suicide pourrait être longtemps côtoyé mais, même si cette tendance au suicide prendrait un caractère obsédant, elle disparaîtrait définitivement avec l'amélioration de l'expérience vécue.

b) - Le fait que les circonstances déclanchantes du syndrome de l'entourage, des états réactionnels et du suicide du sujet normal présentent de grandes similitudes. On retrouve dans ces trois cas la solitude ou la sensation de solitude, les traumatismes psychiques répétés.

Nous en arrivons même à penser que presque tous les suicides de sujets normaux relèvent d'un état réactionnel, si on tient compte du psychisme du sujet avant le suicide et des circonstances déclanchantes. HALBWACHS (Op. cit. p. 408) écrit : "Chez tout individu qui se tue, on trouverait, au moment où il se suicide, et peut-être dans les quelques heures ou même les quelques jours qui précèdent, un trouble plus ou moins profond (...) des fonctions nerveuses ou cérébrales. Nous avons reproduit plus haut d'autres citations de cet auteur concernant le même problème. Le mécanisme suivant lequel un état réactionnel évoluerait vers le suicide nous semble être le développement d'une psychose réactionnelle "suicidogène", telles que la dépression et la mélancolie réactionnelles, qui sont d'ailleurs les plus fréquentes des psychoses réactionnelles. Nous trouvons chez HALBWACHS un élément en faveur de cette théorie : parlant de l'état psychique qui précède le suicide, cet auteur écrit : "... un trouble plus ou moins profond (...) des fonctions nerveuses ou cérébrales d'où doit résulter un état psychique voisin de ceux que l'on constate dans la névrose d'angoisse, la dépression."

La différence que Mme A. MASSON établit entre le suicide du psychopathe et celui du réactionnel pourrait être liée aux circonstances ; en effet, la tentative de suicide du psychopathe est la conséquence d'un déséquilibre d'origine intérieure, que cette tentative suffit à anihiler ; la tentative de suicide du réactionnel est la conséquence d'un déséquilibre d'origine extérieure, qui persistera jusqu'à l'amélioration de l'expérience vécue.

3) - L'HOMICIDE COMMIS SUR LA PERSONNE DU GRAND MALADE PAR LE MEMBRE D'ENTOURAGE OU "EUTHANASIE"

Nous ne pensons pas que l'on soit très surpris de nous voir introduire "l'euthanasie" dans le cadre des complications éventuelles du syndrome de l'entourage. Pour l'opinion générale, même éclairée, le problème de "l'euthanasie" demeure un problème purement sentimental ; elle reste l'expression sublime du dévouement et de l'affection, le type même du meurtre al-

truiste pleinement conscient. Nous ne nions pas la possibilité d'un acte "d'euthanasie" au sens propre du terme, accompli en pleine conscience. La similitude des conditions du meurtre altruiste et du suicide, en général nous permet de faire une comparaison entre ces actes : HALBWACHS (Op. cit.) écrit : "il est des suicides exécutés froidement, le sujet se suicidant avec autant de présence d'esprit que s'il se confiait au bistouri du chirurgien pour une intervention qu'il sait très grave. Ces cas, bien que le sens commun les considère comme typiques, sont en fait exceptionnels".

Nous croyons pouvoir appliquer cette appréciation à "l'euthanasie" ; les cas "d'euthanasie" pleinement consciente, bien que le sens commun les considère comme typiques, relèvent en fait d'exceptions. Nous allons continuer à comparer suicide et meurtre altruiste en général.

Pour le suicide, considéré dans la généralité de ses cas, on distingue deux modalités :

- le suicide du psychopathe ; il s'agit le plus souvent d'un déprimé ou d'un mélancolique,
- le suicide du sujet normal.

Entre ces deux modalités, HALBWACHS (Op. cit.) établit une certaine similitude de mécanisme. Chez le sujet normal qui se suicide, écrit-il, on trouverait au moment de son geste, un état psychique voisin de celui du psychopathe qui se suicide. La seule différence entre le suicide du sujet normal et celui du psychopathe consiste dans la différence d'origine du déséquilibre nerveux aboutissant au suicide. Le sujet normal se suicide sous l'effet d'un déséquilibre nerveux né de difficultés réelles, d'origine extérieure, en somme, et cela c'est nous qui le disons, dans un état réactionnel. Le psychopathe se suicide sous l'effet d'un déséquilibre nerveux d'origine intérieure, morbide.

Pour le meurtre altruiste, considéré dans la généralité de ses cas, nous pouvons distinguer aussi deux modalités :

- le meurtre altruiste du psychopathe ; il est le fait de la même catégorie de malades que ceux qui se suicident, c'est-à-dire, des déprimés et des mélancoliques,
- le meurtre altruiste du sujet normal qui correspond à ce qu'on nomme "l'euthanasie".

La similitude de mécanisme que HALBWACHS établit à propos du suicide, nous pouvons l'appliquer à ces deux modalités du meurtre altruiste. Chez le sujet normal qui commet "l'euthanasie" on trouverait, au moment de son acte homicide, un état psychique voisin de celui du psychopathe qui commet le meurtre altruiste. La seule différence entre "l'euthanasie" et le meurtre altruiste du psychopathe est encore la différence d'origine du déséquilibre nerveux qui est à la base du geste homicide. "L'euthanasie" relève d'un déséquilibre nerveux lié à des difficultés réelles d'origine extérieure, en somme d'un état réactionnel. Le meurtre altruiste du psy-

chopathe relève d'un déséquilibre nerveux dont l'origine est intérieure au malade.

Considérée sous ce jour, "l'euthanasie" n'apparaît plus comme la conséquence d'une décision pleinement consciente, de même que le suicide du sujet normal ne semble pas relever d'une telle décision, compte tenu de la restriction qu'apporte HALBWACHS et que nous admettons pour "l'euthanasie". Dans les deux cas, le sujet normal, au moment de son geste, apparaît comme un déséquilibré, et son déséquilibre est un déséquilibre réactionnel, déséquilibre provoqué par des difficultés réelles d'origine extérieure. Dans le cas de "l'euthanasie", du fait des circonstances, le déséquilibre réactionnel qu'il semble logique d'invoquer est le syndrome de l'entourage du grand malade.

On peut chercher à comprendre par quelles voies un déséquilibre nerveux, organique ou réactionnel, aboutit au suicide ou au meurtre altruiste. Chez le psychopathe, en dehors des cas où le suicide est le résultat d'un raptu anxieux, le suicide et le meurtre altruiste apparaissent comme la conséquence logique de la dépression ou des idées délirantes. La vision pessimiste du présent et de l'avenir, les sentiments de culpabilité, d'incapacité, qui entraînent la crainte de punitions et de difficultés invincibles, conduisent le psychopathe, selon une progression logique, à se tuer ou à tuer un être cher et, souvent, à se tuer ensuite. Son propre geste semble justifié, aux yeux du psychopathe, par l'invincibilité des difficultés présentes et l'inéluctabilité d'un avenir atroce pour lui-même et pour les siens ; ces justifications sont créées, à peu près de toutes pièces, par son cerveau malade.

Chez le réactionnel en général, des difficultés réelles, d'origine extérieure le plus souvent, provoquent un déséquilibre nerveux contre lequel le sujet va d'abord lutter. Comme nous l'avons vu plus haut, certaines circonstances aggravantes, surtout les prédispositions héréditaires, congénitales ou acquises, peuvent faire évoluer l'état réactionnel vers une psychose caractérisée, le plus souvent dépression ou mélancolie réactionnelle. Nous avons constaté, nous-mêmes, la possibilité d'une telle évolution dans le syndrome de l'entourage. A ce moment, l'état psychique du réactionnel est très proche de celui du psychopathe organique. Le pessimisme, l'aberration du sens critique, dus à la psychose réactionnelle, déforment la vision de la réalité du sujet. Cette déformation de la vision du réel se substitue chez le réactionnel aux idées délirantes du psychopathe organique ; le présent lui semble insupportable, l'avenir trop lourd de menaces. Par une progression logique identique à celle qui se produit chez le psychopathe organique, le réactionnel aboutit à la même idée que ce psychopathe : le suicide. Dans le cas du syndrome de l'entourage, cette progression logique conduira au geste homicide commis sur la personne du grand malade, car l'optique déformée du membre d'entourage lui présente ce geste comme la seule issue. Cet homicide est d'ailleurs, en quelque sorte, un "suicide" délibéré et réalisé par un tiers, car, pour le membre d'entourage réactionnel, le grand malade est dans une situation dont il ne peut sortir que par le suicide. Le membre d'entourage pourra s'arrêter uniquement à cette idée d'homicide. Il pourra aussi se suicider, mais entraînera toujours le grand

malade avec lui dans la mort. Deux explications nous semblent valables pour éclaircir ce problème de "l'euthanasie" associée au suicide du membre d'entourage coupable :

- soit que le membre d'entourage veuille se suicider et soit convaincu que lui seul peut soigner le grand malade,

- soit que le membre d'entourage tue le grand malade, et que son sentiment de culpabilité le mène au suicide.

Nous avons, à plusieurs reprises, constaté chez nos sujets l'existence de cette idée de suicide associé à l'homicide du grand malade. C'est cette éventualité qui est aussi, assez fréquemment, relatée dans la presse.

Le mécanisme réactionnel que nous venons d'étudier s'apparente au mécanisme du suicide et du meurtre altruiste des mélancoliques et des déprimés. Un autre mécanisme réactionnel nous semble théoriquement possible, et conduit aussi au meurtre du grand malade et même au suicide du membre d'entourage. Certains états réactionnels déterminés par des difficultés sociales, pécuniaires ou sentimentales, peuvent aboutir, surtout chez des prédisposés, à une paranoïa réactionnelle (C.J. URECHIA Op. cit.). Au cours de cette paranoïa peuvent se produire des réactions dangereuses, tournées contre celui ou celle que le réactionnel considère comme responsable des difficultés qu'il traverse. Une telle évolution ne nous semble pas impossible dans le syndrome de l'entourage ; elle pourrait amener le membre d'entourage à tuer le grand malade au cours d'une réaction agressive paroxystique. Un sentiment de culpabilité pourrait pousser le membre d'entourage à se suicider ensuite. Toutefois, la voie de la paranoïa réactionnelle nous paraît moins vraisemblable que la voie de la dépression ou de la mélancolie réactionnelle. Elle est, en tout cas, bien moins fréquemment empruntée, car, selon C.J. URECHIA, la paranoïa est une psychose réactionnelle rare.

Un point de détail nous semble mériter une étude particulière ; c'est le passage de l'idée homicide au geste homicide. Ce passage peut n'être que la suite de la progression logique dont nous avons parlé plus haut ; plus souvent, ce passage nous paraît s'effectuer sous l'influence d'une impulsion déterminée par un facteur occasionnel, dont le rôle, dans l'homicide, n'est qu'adjuvant. Ce facteur occasionnel pourra être une manifestation particulièrement traumatisante de la grande maladie ; il pourra être aussi la demande de la mort par le grand malade lui-même. Cette demande, par son intensité dramatique, pourra déterminer l'impulsion chez le membre d'entourage prêt à l'homicide ; d'autre part, pour son sens critique émoussé, aberrant, elle apparaîtra dans l'instant, comme une justification supplémentaire, une autorisation au geste homicide qu'il veut commettre.

La suite de notre raisonnement nous amène à émettre les hypothèses suivantes :

- l'"euthanasie" apparaît comme la conséquence du déséquilibre réactionnel propre à l'entourage du grand malade,

- l'intermédiaire entre ce déséquilibre réactionnel et l'homicide serait le développement d'une psychose réactionnelle du type dépressif ou mélancolique, qui aurait le même aboutissement que certains cas des psychoses organiques correspondantes,

- il faudrait donc retenir le rôle des prédispositions dans "l'euthanasie", puisque les prédispositions interviennent très souvent dans le développement des psychoses réactionnelles,

- enfin, dans certains cas, le geste homicide, toujours conditionné par une psychose réactionnelle de type dépressif ou mélancolique, peut se réaliser au cours d'un raptus impulsif déterminé par un facteur occasionnel dont l'action, strictement instantanée, n'est qu'adjuvante.

N'ayant pas observé personnellement de cas d'"euthanasie", nous en sommes réduits à rechercher dans les observations fournies par la littérature la vérification des hypothèses que nous avons établies par le raisonnement.

Nous n'avons trouvé dans la littérature de l'"euthanasie" que peu d'observations cliniques, et les ouvrages que nous avons consultés étaient assez anciens. Dans ces ouvrages, les auteurs n'établissent pas de distinction tranchée entre le meurtre altruiste du sujet normal et celui du psychopathe ; ils considèrent simplement que le sujet normal qui commet un meurtre altruiste est devenu un psychopathe organique, quand il n'était pas, déjà avant son geste, un psychopathe organique méconnu. Ils ne cherchent pas à établir des relations de similitude entre les circonstances et les mécanismes des homicides altruistes qu'ils relatent, et invoquent comme causes, des phénomènes d'interpsychologie conjugale ou d'idée fixe, apparus à la faveur d'une prédisposition du sujet.

Obs. n° 1 : (crime et altruisme - Ch. Vallon et G. Génil-Perrin, Paris 1913)

Mme B..., âgée de 74 ans, vit seule avec sa fille, Mme M..., démente qu'elle a fait sortir de l'asile, dans un pavillon de banlieue. Les difficultés pécuniaires deviennent lancinantes. Après de nombreux mois de cette existence Mme B... s'arme un matin d'un revolver et d'un couteau et tire plusieurs coups de revolver sur sa fille. Elle la rate, et la malade s'enfuit dans le jardin en criant : "qu'est-ce que tu me veux ?". Mme B... la poursuit dans l'intention de la tuer à coups de couteau et lui répond : "je suis folle ; je suis folle, je suis comme toi". On parvient à la maîtriser ; elle est alors examinée par les psychiatres. Son attitude, lors de cet examen, est entièrement normale, simple et digne. Elle dit alors qu'elle ne pouvait plus voir souffrir sa fille et qu'elle a voulu la tuer pour lui épargner une déchéance complète et un nouvel internement. Avant cette tentative de meurtre, et depuis un certain temps, elle était triste, irritable, parfois surexcitée, et sujette aux insomnies.

Les auteurs expliquent le geste de Mme B... par l'apparition d'une idée fixe, prévalente, aisément développée dans le cerveau d'une femme âgée. La sénilité est donc, pour les auteurs, un facteur prédisposant.

Obs. n° 2 : (Ch. Vallon et G. Génil-Perrin, Op. cit.)

N..., dont la femme est atteinte d'une grave maladie, demande au médecin de la chloroformer. Le médecin oppose un refus à cette demande déraisonnable. Dans la soirée N... retourne voir sa femme qui dort et a l'impression qu'elle souffre plus intensément. Il s'affole, court chercher des calmants qu'il ne trouve pas. Prenant alors son revolver, il tue la grande malade avec l'idée de mettre fin à ses souffrances. Très surexcité avant son geste homicide, il ressent après sa réalisation un calme extrême. N... vivait seul avec sa femme.

Selon les auteurs, il faut chercher l'explication du geste de N... dans une impulsion soudainement apparue chez un être déséquilibré, hypernerveux et hyper-affectif, au cerveau débile. Ils considèrent ce tempérament déséquilibré comme un facteur prédisposant.

Obs. n° 3 : (Ch. Vallon et G. Génil-Perrin, Op. cit.)

X... se dénonce comme venant de tuer à coups de revolver, et sur sa propre prière, sa femme grande asthmatique, avec laquelle il vivait seul. X... est un alcoolique à l'intellect médiocre qui, du fait de la maladie de sa femme, doit se livrer à de nombreuses menues corvées inhabituelles ; juste avant le geste homicide il était, d'ailleurs, en train de cuisiner. La victime, ancienne aliénée, était autoritaire, irritable, avec de multiples troubles du caractère et de l'humeur. Les auteurs expliquent le geste de X... par un phénomène d'interpsychologie conjugale se produisant entre un mari alcoolique, débile mental, suggestible, et une femme ancienne aliénée, autoritaire.

Selon les auteurs, c'est la demande de sa femme qui aurait déterminé le geste de X... ; sa débilité mentale et son éthylisme ne seraient intervenus qu'au titre de prédispositions adjuvantes.

Obs. n° 4 : (l'homicide altruiste chez les mélancoliques et les persécutés G. Perussel, Paris 1923).

X... vient se dénoncer comme ayant tué sa femme, grande malade, de deux balles de revolver dans la tempe. Sa femme était une psychopathe, irritable, geignarde, qui exagérerait probablement ses souffrances et réclamait la mort. X... vivait seul avec sa femme atteinte depuis plusieurs années d'une affection incurable. Il avait de graves ennuis pécuniaires ; ayant quitté, pour défaut d'augmentation, une situation qu'il n'avait trouvée qu'après 7 ans de recherches, il était sans travail et n'en pouvait plus trouver à cause de son âge. Depuis un certain temps, X... était dans un profond état de tristesse et de désarroi entrecoupé d'accès de surexcitation. L'expertise médico-légale du Dr Rogues de Fursac présente X... comme un sujet anormal :

- hyperémotif,
- suggestible,
- au jugement insuffisant,
- de constitution paranoïde.

Pour expliquer le geste homicide, l'auteur émet deux hypothèses qui tiennent compte, toutes deux, de la prédisposition du sujet. Il invoque :

- la possibilité d'un phénomène d'interpsychologie conjugale entre deux conjoints psychopathes dont l'un est suggestible,

- la possibilité de l'apparition d'une idée fixe, prévalente, dans un cerveau prédisposé.

Nous allons maintenant tenter d'effectuer une analyse de ces observations dans le sens des hypothèses que nous avons émises.

Dans toutes ces observations, le meurtrier vit seul avec le grand malade ; nous retrouvons là la notion d'isolement, qui semble jouer un si grand rôle dans la genèse et l'aggravation des états réactionnels, et en particulier, du syndrome de l'entourage.

Dans trois de ces observations, la cohabitation avec le grand malade est particulièrement traumatisante, du fait des troubles du caractère du grand malade (Obs. 1, 3, 4).

Dans deux cas sur quatre, nous notons l'existence de graves soucis matériels (Obs. 1 et 4) qui sont aussi probables dans le cas n° 3).

Dans trois observations sur quatre les auteurs relatent, malheureusement avec une brièveté qui ne permet que de la soupçonner, l'existence de troubles psychiques antérieurs au geste homicide.

Nous venons de retrouver les conditions les plus courantes de l'apparition du syndrome de l'entourage. Le fait que les sujets ont présenté des troubles psychiques avant leur geste homicide, permet de penser que, mis dans les conditions d'apparition du syndrome, les sujets en ont présenté les atteintes.

Dans trois de ces observations, il apparaît nettement que le meurtrier, surexcité avant son geste, était très calme et d'attitude normale après. Cette récupération d'une attitude normale après le geste qui met fin à l'expérience vécue, ajoute encore une note réactionnelle au tableau des troubles que présentaient les meurtriers.

Dans toutes ces observations, le meurtrier apparaît comme un prédisposé :

- prédisposition par la sénilité dans le cas n° 1,
- prédisposition par le tempérament déséquilibré dans le cas n° 2,
- prédisposition par l'éthylisme et la débilité mentale dans le cas n° 3,
- prédisposition par le déséquilibre nerveux et affectif, et par la constitution paranoïde dans le cas n° 4.

L'existence de prédispositions ressort également de certaines des quelques brèves observations que M. Pineau-Valencienne réunit dans sa thèse. (M. Pineau-Valencienne "La mort par pitié", thèse de Paris, 1931).

Nous avons vu que les prédispositions pathologiques favorisent la superstructuration des états réactionnels en psychoses réactionnelles, surtout mélancolie et dépression. Nous avons, par comparaison avec les psychoses organiques correspondantes, émis l'hypothèse selon laquelle l'acheminement vers l'idée homicide se ferait par l'intermédiaire d'une psychose réactionnelle.

Nous n'avons que peu de renseignements sur les troubles qu'avaient présentés les sujets avant le geste homicide, mais nous savons qu'ils en ont présentés; ceci, et la présence des prédispositions, milite en faveur de la justesse de notre hypothèse.

Enfin, dans deux cas (Obs. n° 2 et 3), le geste homicide apparaît nettement comme accompli sous l'influence d'une impulsion. Dans un cas, cette impulsion est déterminée par la sensation qu'a le membre d'entourage, de voir le grand malade souffrir plus intensément. Dans l'autre cas, elle est déterminée par la demande de la mort qu'émet le grand malade. Nous avons envisagé le rôle que peut jouer une telle impulsion dans le passage de l'idée homicide au geste homicide; nous avons dit que, déterminée par un facteur accidentel, elle ne jouait dans l'homicide qu'un rôle instantané, strictement adjuvant. Les auteurs cités par nous, qui n'envisagent pas ces meurtres altruistes comme la conséquence d'un déséquilibre réactionnel, réservent à l'impulsion le rôle principal dans l'acheminement vers l'homicide; pour eux, avant le geste homicide, le meurtrier n'avait pas l'idée homicide en lui, que ce soit consciemment ou inconsciemment. Pour nous, le meurtrier avait l'idée homicide en lui; l'impulsion, provoquée par un facteur occasionnel, n'a fait que donner un coup d'épaule pour le passage de l'idée au geste.

A la fin de cette analyse, il nous paraît licite de penser que, dans les cas que nous venons de voir, l'homicide s'est produit dans des conditions qui amènent à un seul et même état psychiatrique, et que ces conditions sont les mêmes que celles qui amènent au syndrome de l'entourage. Nous voyons aussi que certaines conditions de ces homicides sont similaires à celles qui favorisent l'apparition des psychoses réactionnelles. Ceci nous amène à considérer que nos hypothèses, selon lesquelles "l'euthanasie" est une complication du syndrome de l'entourage et découle du syndrome par l'intermédiaire d'une psychose réactionnelle, ont certaines chances d'être bien fondées.

Nous ne pouvons pas conclure avec certitude, car nous n'avons pas observé ces cas d'euthanasie nous-mêmes, et notre documentation est insuffisante en quantité et en détails cliniques. Disons seulement que l'analyse des observations de cas d'euthanasie est nettement favorable à nos hypothèses et qu'elle permet de conclure à leur possibilité réelle. Nous allons clore cette étude en résumant ici l'ensemble de notre point de vue.

Si, à titre exceptionnel, l'euthanasie correspond à l'idée que s'en fait le grand public, c'est-à-dire à un acte de dévouement accompli en pleine conscience, elle apparaît bien plus souvent comme le résultat d'un déséquilibre nerveux réactionnel. L'expérience vécue qui engendre ce déséquilibre

consiste dans la cohabitation avec le grand malade et dans les soins qu'exige son état. La voie par laquelle ce déséquilibre réactionnel particulier, c'est-à-dire le syndrome de l'entourage, aboutit au meurtre du grand malade, est le développement d'une psychose réactionnelle du type mélancolique, dépressif ou, peut-être et plus rarement, paranoïde. L'existence, chez le réactionnel, d'une prédisposition pathologique héréditaire, congénitale ou acquise, semble favoriser grandement le développement d'une psychose réactionnelle. Cette psychose réactionnelle est susceptible d'évoluer vers l'apparition de l'idée homicide et vers la réalisation de cette idée, de même que les psychoses organiques correspondantes sont susceptibles d'une telle évolution.

Le geste homicide lui-même peut être la suite directe de la progression logique aberrante qu'engendre la psychose réactionnelle ; ou bien, le geste homicide, toujours suite de cette progression, peut être accompli sous l'effet d'une impulsion provoquée par un facteur occasionnel dont le rôle n'est qu'adjuvant et instantané.

En conclusion, nous pouvons admettre que l'homicide accompli par le membre d'entourage sur la personne du grand malade, dit "euthanasie", représente une complication éventuelle logique, non accidentelle, du syndrome de l'entourage du grand malade.

Dans cette étude inévitablement trop courte, nous avons volontairement omis d'évoquer les cas où l'euthanasie, au sens propre du terme, pratiquée en pleine conscience, non par un membre d'entourage, mais par une tierce personne, relève d'une idéologie particulière. Ce problème, plus philosophique que médical, nous a paru sortir du cadre de notre sujet.

4) - CONCLUSIONS SUR LES COMPLICATIONS DU SYNDROME DE L'ENTOURAGE

Nous notons trois types de complications :

- les psychoses, névroses, psycho-névroses réactionnelles,
- le suicide de type réactionnel,
- l'homicide tenté ou accompli sur la personne du grand malade

par le membre d'entourage, communément appelé "euthanasie" par suite, à notre avis, d'une confusion regrettable.

Dans la **génése** de ces complications, les prédispositions pathologiques héréditaires, congénitales ou acquises jouent un rôle essentiel ; les difficultés matérielles et l'isolement y jouent un rôle important.

La gravité de ces complications doit les faire redouter, de même qu'il faut craindre le syndrome de l'entourage, qui en est à l'origine. Il importe donc de suivre de près les entourages de grands malades et de prendre systématiquement des mesures prophylactiques. Si le syndrome est déjà apparu, il faut surveiller son évolution et le traiter. Ce sont les problèmes que nous allons aborder maintenant.

V - TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DU SYNDROME DE L'ENTOURAGE.

A - TRAITEMENT.

Nous avons pu constater qu'en dehors de la fin de l'expérience vécue, il n'y avait pas de guérison. Tout traitement entrepris en dehors de cette condition ne peut être que palliatif. Ceci nous amène à distinguer deux types de traitement :

- le traitement palliatif
- le traitement curatif

1).- Le traitement palliatif. Il comprend deux parties :

- traitement direct par action sur le membre d'entourage
- traitement indirect par action sur l'expérience vécue.

a) - Traitement direct.

I - Le traitement médicamenteux.

D'abord, il cherchera à agir sur tous les troubles somatiques qui peuvent s'exacerber à la faveur du syndrome ou qui peuvent aggraver le syndrome.

- traitement étiologique ou symptomatique des troubles digestifs, circulatoires ou respiratoires et des algies.
- traitement des troubles endocriniens ; préménopause, ménopause ou autre.

Ensuite, il visera à lutter contre la fatigue physique et psychique, à atténuer l'asthénie, par des médications stimulantes.

- Calcium intra-veineux ou par voie rectale,
- Vitamines ; surtout vitamine C,
- Fortifiants à base d'extraits animaux,

- Amphétamines, pipéridyl-benzhydrol (Mératran Torau) ; le plus rarement possible et toujours associés à des sédatifs, étant données les manifestations d'anxiété et d'irritabilité qui caractérisent le syndrome.

Enfin, il cherchera à agir sur les manifestations caractéristiques du syndrome :

- sur l'insomnie ; par les barbituriques, de préférence à élimination rapide, du type : Imménocotal, Eunocotal (Roussel), Médomine (Geigy), Noc-tivane (Théraplix).

- sur l'anxiété, les manifestations spasmodiques, par le phénobarbital à doses filées, associé à la phytothérapie sédative et antispasmodique : Epanal-I, sympathyl : 2-6 comprimés par jour.

- sur l'irritabilité, l'anxiété, les manifestations dépressives, par les "tranquillisants" : Carbamate de Méthyl-pentynol (N-Oblivon Latéma), Bénactyzine (Fournier), Atarax (Ucépha), Equanyl (Clin), Procalmadiol (Toraude). L'alcaloïde du Rauwolfia : Serpasil (Ciba), possède aussi une action intéressante.

Comme on peut s'y attendre, le traitement médicamenteux n'est que symptomatique. De plus, aux doses compatibles avec une activité normale, il n'a qu'une action assez faible. Il a surtout pour rôle de détendre le sujet, de le sensibiliser à la psychothérapie et aux effets de l'amélioration de l'expérience vécue.

II - La psychothérapie.

Nous avons, au cours de l'étude clinique du syndrome, insisté sur l'action remarquable de la psychothérapie. Notre expérience, trop courte et insuffisamment mûrie, ne nous permet que de dégager quelques principes de son application au cas particulier.

- Il importe, avant tout, de gagner la confiance du membre d'entourage tant au point de vue général qu'au point de vue du traitement du grand malade.

- Il faut que le médecin vienne assez souvent ; au début, plus d'une fois par semaine, et puisse rester chaque fois une bonne demi-heure ; ces conditions, dans l'état actuel des choses, exigent du médecin un sacrifice pécuniaire, car il ne doit pas abuser de la situation que créent la fréquence et la durée de ses visites.

- Le thème de la psychothérapie ne nous semble pas devoir consister dans des encouragements banaux, mais dans des conversations d'ordre général et des marques discrètes de compréhension véritable. Il faut que le médecin fasse sentir au membre d'entourage qu'il ne considère par les soins au grand malade comme générateurs de simple fatigue physique, mais encore et surtout, comme générateurs de "fatigue nerveuse". L'expression de cette nuance apparaîtra certainement au membre d'entourage comme une marque de compréhension particulière, et lui fera le plus grand bien.

- Une fois que la psychothérapie a été entreprise dans les conditions que nous venons de définir il importe de ne pas abandonner le membre d'entourage à lui-même, même s'il paraît complètement guéri. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cette amélioration ne correspond pas à une guérison réelle tant que l'expérience vécue n'a pas pris fin ; elle ne correspond qu'à un équilibre fragile du psychisme du sujet, entre les effets du traitement et ceux de l'expérience vécue. Si le médecin n'a pas la possibilité de poursuivre la psychothérapie d'une façon assez intensive, il doit rechercher, dans la famille ou à l'extérieur, une personne capable de le relayer. L'application de cette thérapeutique semble, en effet, à la portée de toute personne intelligente et sensible, convenablement conseillée. Le médecin devra cependant, par des visites suffisamment fréquentes, garder le contrôle de la situation : d'une part, pour suivre l'application de la thérapeutique et son effet ; d'autre part, parce qu'aux yeux du membre d'entourage, il est la seule personne compétente pour le traitement du grand malade. La présence d'une personne à qui le membre d'entourage fait confiance en cette matière est indispensable à la bonne marche du traitement du syndrome, comme nous l'avons dit plus haut.

En résumé, la psychothérapie du syndrome de l'entourage, pour des résultats remarquables, ne demande pas au médecin des connaissances psychiâtriques très étendues. Elle fait appel à ses qualités d'intelligence et d'humanité, qualités que tout médecin doit posséder au moins autant que ses connaissances professionnelles pour exercer convenablement son métier.

b) - Traitement indirect.

La première partie du traitement palliatif visait à l'augmentation de la résistance du membre d'entourage aux traumatismes de l'expérience vécue.

La seconde partie de ce traitement vise à l'atténuation de ces traumatismes, c'est-à-dire, à l'amélioration dirigée de l'expérience vécue.

La plupart des états réactionnels sont déterminés par des expériences vécues aux circonstances d'une ampleur telle que le médecin est totalement désarmé devant elles. Il peut traiter le sujet réactionnel, mais ne peut agir sur l'expérience vécue. Il en est ainsi dans les états réactionnels apparus à la faveur de conflits sociaux, de dissensions internationales, de difficultés matérielles et même, dans la plupart des cas, de difficultés sentimentales.

L'état réactionnel de l'entourage du grand malade met en jeu des circonstances déterminantes plus restreintes ; il se développe uniquement à la faveur de la cohabitation avec le grand malade, des manifestations de la grande maladie, des soins que peut exiger la grande maladie. C'est cet ensemble qui est générateur de traumatismes psychiques pour l'entourage ; l'isolement ou la sensation d'isolement avec le grand malade a une action adjuvante certaine. Dans ces conditions, et vu nos résultats

cliniques, il nous a semblé logique, possible et nécessaire d'agir sur cette expérience vécue particulière.

I - Par le traitement du grand malade.

Il va sans dire qu'il faut traiter un grand malade, même incurable, ne serait-ce que pour lui laisser un peu d'illusion ; mais nous voulons dire que le traitement du grand malade aura une action favorable sur l'expérience vécue par l'entourage. En effet :

Le fait qu'on traite le grand malade équivaut pour l'entourage à un partage de l'épreuve, à une marque de compréhension, à une manifestation de solidarité agissante.

Le traitement symptomatique de certaines manifestations de la grande maladie traitement souvent possible, atténue ces manifestations, donc les traumatismes psychiques dont elles sont génératrices, et, par suite, améliore l'expérience vécue.

II - Par une aide compétente et continue dans les soins.

Nous avons vu que les soins nécessités par la grande maladie étaient souvent traumatisants pour le psychisme de l'entourage, par leur répétition et par le caractère répugnant de certains d'entre eux. L'inexpérience, la maladresse de l'entourage contribuent à l'action traumatisante que ces soins ont sur son psychisme.

Une possibilité d'amélioration de l'expérience vécue réside donc dans une aide compétente aux soins. En dehors de nos constatations cliniques, plusieurs arguments militent en faveur de cette opinion :

- D'abord celui que nous venons d'invoquer précédemment ; l'aide aux soins équivaut pour l'entourage à un partage de l'épreuve.

- Ensuite, l'aide aux soins, pourvu qu'elle soit continue, atténue considérablement l'isolement ou la sensation d'isolement.

- Enfin et surtout, l'aide aux soins, si elle est compétente, rend les soins bien moins traumatisants pour le psychisme de l'entourage et améliore ainsi, directement, l'expérience vécue.

L'aide aux soins peut comprendre des conseils à l'entourage sur la façon la plus rationnelle d'accomplir les soins.

Si on la veut compétente, continue et prolongée, l'aide aux soins pose de grands problèmes financiers, surtout en l'absence de Sécurité Sociale.

Même si on peut bénéficier de la Sécurité Sociale, elle présente encore des difficultés, car la législation de cet organisme, ne prévoyant pas la possibilité de réactions psychogènes dans l'entourage des grands malades, ne prévoit pas la nécessité d'une aide organisée à cet entourage.

Il y a donc là, sur le plan social, un important problème à résoudre.

III - Par la suppression de l'isolement ou de la sensation d'isolement.

On a vu plus haut l'importance de ce facteur dans la genèse et l'aggravation des états réactionnels et, en particulier, du syndrome de l'entourage. Comment peut-on le supprimer ? Deux éventualités se présentent :

- Ou bien il existe une famille, mais indifférente, égoïste ou inorganisée ; il faut alors l'organiser, la conseiller et la rendre coopérante, au moins par ses visites fréquentes et prolongées et par des marques agissantes de sa solidarité.

- Ou bien il n'existe pas de famille ; le membre d'entourage est seul avec le grand malade. Il faut alors susciter un mouvement de solidarité autour du membre d'entourage et de son grand malade, en obtenant de voisins, d'amis, ou de sociétés charitables, des visites fréquentes, amicales, et une aide active.

On ne peut faire appel, dans ce but, qu'à une aide privée et bénévole, car la législation, ignorant les états réactionnels de l'entourage et le rôle de l'isolement dans ces états, ne prévoit aucune aide justifiée par ces raisons. Même si une législation venait régler cette partie du traitement, se poserait encore le problème du personnel nécessaire, car ce personnel devrait avoir une certaine valeur morale et une intelligence suffisante.

Les aides familiales que la Sécurité Sociale envoie, dans certains cas, pour aider les mères de familles nombreuses, ne possèdent pas, en général, les qualités nécessaires. Le personnel qui conviendrait le mieux serait du type des Assistantes Sociales.

IV - Par la séparation temporaire du membre d'entourage d'avec le grand malade.

Cette solution améliore grandement l'expérience vécue, comme nous l'avons constaté lors du départ en vacances, en 1955, de notre cas N° 8. On peut même dire qu'elle suspend l'expérience vécue. Elle aurait, peut-être, l'inconvénient d'entraîner une rechute avec aggravation du syndrome, lors de la reprise de la cohabitation avec le grand malade. Cette séparation temporaire peut s'effectuer selon deux modalités :

- L'éloignement du membre d'entourage ; cette solution correspond au traitement habituel des états réactionnels, qui consiste dans la transplantation, au moins temporaire, du réactionnel hors du milieu et des circonstances où s'est produite la réaction. On pourrait ainsi réaliser pour les membres d'entourage des cures de repos hors de la présence du grand malade. Les conditions et résultats de ces cures, pour les états réactionnels, sont décrits d'une façon très complète dans la thèse de A. Patel (Op. cit.).

Dans le cas du syndrome de l'entourage, cette solution présente certaines difficultés :

- D'une part, il est quelquefois difficile, pour les médecins praticiens, d'obtenir de la Sécurité Sociale des cures de repos pour des affections mentales, même cataloguées ; donc, a fortiori, pour un état nerveux non prévu par la législation.

- D'autre part, lorsque le membre d'entourage vit seul avec le grand malade, il faudrait pourvoir à son remplacement.

- Enfin, le membre d'entourage consentirait difficilement à partir. Dans l'ensemble, cette solution, quoiqu'à envisager dans la discussion, ne semble pas pratique et est loin d'être la meilleure.

- L'hospitalisation temporaire du grand malade apparaît comme la modalité la plus logique et la plus pratique de la séparation. On peut envisager l'hospitalisation temporaire du grand malade comme une cure de repos pour le membre d'entourage.

L'hospitalisation temporaire et assez brève du grand malade pose moins de problèmes que son hospitalisation prolongée ou définitive.

L'hospitalisation du grand malade, envisagée d'une façon générale, pose surtout le problème du service hospitalisateur.

- Si on met le grand malade dans un service hospitalier actif, il gênera le fonctionnement du service :

- parce qu'il donne au personnel un surcroît de travail, préjudiciable aux malades réellement curables, et générateur de surmenage pour le personnel.

- parce que son séjour dans le service, si on ne le limite pas par principe, sera automatiquement prolongé, sauf exitus fatal d'où un surmenage prolongé du personnel et l'encombrement du service.

- On voit donc que l'hospitalisation temporaire et limitée par principe, doit être préférée à l'hospitalisation prolongée ou définitive, que les chefs de services hospitaliers actifs refusent, d'ailleurs, le plus souvent.

On a également la ressource d'hospitaliser le grand malade dans un service de "chroniques", mais ces services de "chroniques" présentent des inconvénients tels que cette ressource nous semble à éviter. D'une part, l'équipement de ces services est désuet, et le plus souvent insuffisant pour faire face aux urgences qui peuvent se présenter dans l'évolution d'une grande maladie ; d'autre part, le personnel de ces services est insuffisant en nombre, et souvent, en qualité, et le grand malade, négligé, évolue vers l'hospitalisme. A titre d'indication, nous pouvons dire que les neurologues, auxquels nous avons parlé de ces services, nous

ont formellement déconseillé d'y faire hospitaliser des grands malades neurologiques.

La solution idéale pour l'hospitalisation du grand malade serait la création de services spécialisés dans les soins aux grands malades, dotés d'un équipement convenable et d'un personnel suffisant en nombre, en valeur morale et en formation professionnelle. Pour de multiples raisons, dont les raisons pécuniaires ne sont pas les moindres, la création de tels services n'est pas à envisager dans un avenir proche.

L'hospitalisation du grand malade pose un autre problème ; celui du consentement de l'entourage. Par attachement affectif, par sens du devoir, quelquefois par la crainte déraisonnable qu'on achève le grand malade à l'hôpital, l'entourage refuse, le plus souvent, de se séparer du grand malade. Pour le convaincre, il ne faut pas lui dire que c'est sa propre fatigue nerveuse qui nécessite l'hospitalisation du grand malade ; il refuserait à plus forte raison. Il faut jouer de l'attachement affectif, du sens du devoir de l'entourage ; il faut le persuader que c'est l'état du grand malade qui exige l'hospitalisation. En fait, il est évident que l'aggravation de l'état du grand malade peut commander son hospitalisation ; ce que nous tenons à dire, c'est que l'aggravation de l'état de l'entourage doit la commander avec la même urgence. Nous allons même jusqu'à penser que l'aggravation de l'état de l'entourage constitue une indication plus valable à l'hospitalisation du grand malade que l'aggravation de l'état du grand malade lui-même, sur laquelle l'hospitalisation n'a que peu de chances d'agir.

II - Le traitement curatif :

On a vu que, comme pour tous les états réactionnels, il n'y a qu'une seule condition de guérison définitive du syndrome de l'entourage ; c'est la terminaison de l'expérience vécue. Pour le syndrome de l'entourage, l'expérience vécue ne prend fin qu'à la séparation définitive du membre d'entourage d'avec la grande maladie ou d'avec le grand malade. Cette séparation peut se produire selon trois modalités :

- Séparation d'avec la grande maladie ; la guérison du grand malade ; cette circonstance a peu de chances de se réaliser car le grand malade est, le plus souvent, et dans l'état actuel des choses, un incurable.

Il subsiste deux modalités de séparation du membre d'entourage d'avec le grand malade :

- l'une est à la portée du médecin et consiste dans l'hospitalisation définitive du grand malade ; l'état réactionnel du membre d'entourage, qui ne va que visiter le grand malade à l'hôpital, ne cohabite plus avec lui et ne lui donne plus de soins, s'améliore alors d'une façon définitive. Cette hospitalisation définitive du grand malade présente plus de difficultés que son hospitalisation à temps. Actuellement, elle est même impossible, à moins qu'on ne se résigne à l'effectuer dans un service de "chroniques". Pour l'hospitalisation définitive, plus encore que pour l'hospitalisation provisoire s'impose la création de services spéciaux pour grands malades, ou l'aménagement des services de "chroniques".

- l'autre modalité de séparation définitive est et doit rester indépendante de la volonté du médecin ; c'est la mort du grand malade. Bien que la mort du grand malade puisse provoquer chez le membre d'entourage une crise de douleur morale, elle est suivie, assez rapidement, de la guérison de l'état réactionnel. La mort du grand malade est la seule solution qui met réellement et totalement fin à l'expérience vécue. Elle peut être provoquée par le membre d'entourage lui-même, en état d'aberration mentale, le plus souvent. La mort du grand malade ne peut constituer un moyen thérapeutique utilisable ; on ne peut que l'attendre et compter sur son action ; on n'a pas le droit, ni devant la loi, ni devant la morale, de la provoquer et en toute rigueur, le médecin doit tout faire pour qu'elle intervienne le plus tard possible.

III - Conclusions sur le traitement du syndrome de l'entourage.

Il ressort que la seule ressource dont le médecin dispose réellement, c'est le traitement palliatif. Ce traitement consiste dans :

- une thérapeutique médicamenteuse appropriée.
- la psychothérapie.
- l'action sur l'expérience vécue.

Le traitement curatif n'est pratiquement pas entre les mains du médecin, tout au moins pour le moment. Il est entre les mains d'une "providence" que le médecin n'a pas le droit de favoriser, et à laquelle il a même le devoir de s'opposer dans toute la mesure de son pouvoir.

B - PROPHYLAXIE DU SYNDROME DE L'ENTOURAGE.

On peut envisager cette prophylaxie de deux points de vue bien différents :

- la prophylaxie particulière du syndrome de l'entourage,
- la prophylaxie générale des états réactionnels.

1) - Prophylaxie particulière

Son principe est assez simple ; connaissant la possibilité de réactions psychogènes dans l'entourage des grands malades, il faut prendre des mesures pour empêcher leur apparition. Ces mesures devront, dès qu'on se trouve en face d'un entourage de grand malade, viser à augmenter la résistance nerveuse et physique de l'entourage, à diminuer sa sensibilité aux traumatismes psychiques ; d'autre part, elles viseront à l'amélioration dirigée de l'expérience vécue. En somme, la prophylaxie particulière consistera dans l'application préventive de la plupart des mesures qui composent le traitement palliatif :

- traitement médicamenteux préventif par des stimulants, des tranquillisants,
- psychothérapie,
- aide aux soins immédiate, compétente et continue jusqu'à la fin de l'expérience vécue,
- traitement symptomatique méticuleux des manifestations traumatisantes de la grande maladie,
- mise en oeuvre de mesures d'assistance pour éviter que le membre d'entourage ne se sente isolé avec le grand malade,
- hospitalisation temporaire du grand malade, qui ménage des cures de repos à l'entourage,
- ou bien, envoi préventif du membre d'entourage en cure de repos ; cette solution nous semble moins commode que la précédente,
- enfin, la prophylaxie idéale du syndrome de l'entourage nous paraît consister dans l'hospitalisation immédiate et définitive du grand malade ; nous avons vu les grandes difficultés que soulève cette mesure à l'heure actuelle.

2) - Prophylaxie générale

Penser supprimer de la vie toutes les circonstances traumatisantes pour le psychisme de l'homme serait une utopie ; ce n'est pas en cela que consisterait, à notre avis, la prophylaxie générale des états réactionnels. Ce n'est que sur l'homme qu'on peut tenter de faire porter les mesures prophylactiques.

L'insuffisance des possibilités d'adaptation de l'homme, semble être, pour de nombreux auteurs, la raison principale, pour laquelle il présente, dans certaines circonstances, un état réactionnel. L'homme est adapté à des conditions "normales" très étroites ; "l'anormal" est pratiquement insupportable pour son psychisme. La cause essentielle de ce défaut d'adaptabilité de l'homme nous paraît résider dans le désaccord qui existe, selon nous, entre sa formation morale et sa formation psychique.

Dès son plus jeune âge, et par tous les moyens d'expression, on inculque à l'homme une morale toute prête et très complète qui va le marquer profondément. On imprime en lui le dévouement, le sens de la responsabilité, le sens du devoir, etc ..., sans lui apprendre quel contenu ces principes vont prendre dans la vie réelle. En effet, si au cours de l'enseignement de ces principes, on parle également à l'homme des circonstances dans lesquelles ils doivent s'appliquer : maladie des proches, difficultés sociales, politiques, etc ... ; on ne lui présente ces circonstances que comme des abstractions monolithiques, sans détails vrais. Dans les conditions actuelles, tant que l'homme n'aura pas rencontré ces circonstances au cours de sa vie, il ne saura rien d'elles, en vérité, bien qu'il soit certain de les connaître parfaitement parce qu'on lui a enseigné une conduite à tenir devant elles.

Ainsi préparé aux épreuves de l'existence l'homme ressentira comme des traumatismes psychiques tous les détails matériels de ces épreuves, tous les caractères par lesquels elles ont une réalité. L'homme sera d'autant plus fragile devant ces traumatismes qu'il les aborde à découvert, sans se tenir sur la défensive, se croyant prémuni par la formation morale qu'il a reçue. Cette formation morale est encore plus nocive par le fait que, basée sur le sens du devoir, le sens de la responsabilité, elle amène l'homme à "aimer son poison" : elle l'amène à s'attacher avec force à des circonstances auxquelles son psychisme n'est pas préparé, et qui lèsent son équilibre nerveux. La prophylaxie générale des états réactionnels apparaît comme une mise en accord de la formation psychique et de la formation morale de l'homme.

Il ne faut pas que la maladie d'un proche soit présentée comme une circonstance à dévouement, la guerre comme une circonstance à devoir, la misère sociale comme une circonstance à résignation ; il faut que tous ces événements soient présentés sous leur jour réel, comme des expériences vécues traumatisantes. Il ne faut pas que l'homme soit lancé dans la vie réelle simplement muni d'une morale arbitraire, faussement présentée comme le résultat de l'expérience.

Cette morale, par certains de ses principes ("tu ne voleras point", "tu ne tueras point", etc ...), lui sera certainement très utile dans ses rapports normaux avec une société dont elle est la règle de conduite théorique, mais dans les épreuves de la vie, elle lui sera nuisible du fait de l'insuffisance de sa formation psychique.

Nous n'avons pas l'intention de renier la morale qu'on inculque actuellement à l'homme, pour conventionnelle qu'elle nous paraisse, ni la prétention d'en édicter une autre, meilleure ; nous voulons simplement dire que, sans une formation psychique franche, réaliste, inculquée par tous les moyens d'expression (enseignement, littérature, cinéma, théâtre, peinture, etc ...), la morale actuelle est un facteur de fragilité pour l'équilibre nerveux de l'homme. Les directives morales, toutes dérivées de la morale chrétienne, qu'on inscrit chaque matin au tableau noir dans les classes enfantines, celles qu'on peut tirer du théâtre de Corneille, des romans de la comtesse de Ségur, d'Hector Malot, d'Alexandre Dumas père, des bandes illustrées héroïques des journaux enfantins, pour ne citer que quelques exemples très différents, ne préparent guère l'homme à la vie réelle et le poussent, vulnérable, à la rencontre des traumatismes psychiques.

Il importe d'abandonner l'hypocrisie systématique qui consiste à faire croire que l'existence réelle est conforme à celle que présente la morale inculquée ; on doit laisser à cette morale son simple rôle de règle de conduite dans les rapports sociaux et lui ôter le rôle de moyen de connaissance de la vie, qu'on lui accorde encore. Ce rôle doit être dévolu à une formation psychique méthodique, franche, réaliste.

Comment concevons nous cette formation psychique ? Elle doit consister, à notre sens, dans la mise en contact méthodique de l'homme, dès son jeune âge, avec tout ce qui peut le renseigner sur les réalités traumatisan-

tes de la vie. Les éléments utilisables doivent être, bien sûr, choisis selon l'âge des sujets et adaptés au niveau intellectuel correspondant. Cette mise en contact avec des reflets exacts de la réalité doit être aussi méthodique que l'est, actuellement, l'inculcation de la morale ; elle doit être le fait de l'enseignement, mais doit utiliser également tous les autres moyens d'expression : littérature, cinématographe, radio, théâtre, etc ...

Il est certain que l'enfant rencontre déjà, spontanément, au cours de son existence, des circonstances qui ne répondent pas à la morale qu'on lui enseigne et qui le mettent en contact avec la réalité vécue ; ces circonstances, non prévues par la formation que reçoit l'enfant et même en désaccord avec elle, ne contribueront à la formation psychique de l'enfant que par les séquelles des réactions qu'elles auront engendrées. Il en est de même pour l'adulte, dont la formation psychique, la maturité, ne sera constituée que de séquelles de réactions, de cicatrices des déchirements entre la formation morale et la réalité vécue. A cause des possibilités évolutives des réactions formatrices, il ne faut pas laisser la formation psychique de l'homme au hasard ; il faut la soumettre à une méthode.

Nous avons dit que la formation psychique devrait être le fait de l'enseignement ; au début, un procédé pourrait consister dans l'adjonction à tous les cours de morale des établissements scolaires d'aperçus réalistes sur les principaux écueils de la réalité vécue : les guerres, les problèmes sociaux, pécuniaires, sentimentaux, familiaux, etc ... Ces aperçus devraient concerner les problèmes que le sujet peut rencontrer selon son âge. Pour simpliste qu'elle puisse paraître, nous ne pensons pas que cette méthode serait dénuée d'efficacité.

Pour ce qui est des autres moyens d'expression, il existe d'ores et déjà une littérature, un théâtre, un cinématographe, une peinture, qui cherchent honnêtement à expliquer et à faire connaître la vie avec ses souffrances, ses difficultés, ses problèmes atroces. Certains individus suffisamment intelligents, doués d'une indépendance de pensée, bien conseillés parfois, prennent un contact large et souvent précoce avec ces oeuvres. Cependant, par sa formation, la majorité des individus en est tenue à l'écart et reste soumise, au contraire, à toutes les expressions de la morale traditionnelle. Il faut donc, selon nous, élargir méthodiquement l'audience des oeuvres qui cherchent à exposer et à expliquer la réalité vécue. Dans diverses parties du monde moderne une telle tendance devient prépondérante et nous pensons que c'est pour un plus grand bien de l'homme.

Notre conclusion à ce bref aperçu sur la prophylaxie générale des états réactionnels est la suivante : si les prédispositions pathologiques jouent le rôle le plus important dans la genèse des complications des états réactionnels, il n'en est pas de même en ce qui concerne les états réactionnels eux-mêmes. La genèse de ces états semble mettre en cause, non le patrimoine ou des prédispositions pathologiques acquises, mais la formation inculquée.

La raison pour laquelle, selon nous, cette formation conditionne l'apparition des états réactionnels, c'est qu'elle est déséquilibrée, c'est qu'elle porte un désaccord interne entre sa partie morale et sa partie psychique.

La formation morale existe et occupe même dans la formation de l'homme une place excessive et une position fausse. Il importe de réduire son importance et de la mettre à sa juste place, qui n'est que celle d'une règle de conduite dans les rapports sociaux.

La formation psychique de l'individu, en tant que méthode éducative, est pratiquement inexistante. Elle n'est, pour le moment, que le fait du hasard. Il faut la soumettre à une méthode, la contrôler, et lui donner dans la formation générale de l'homme une place prépondérante, car elle apparaît comme le seul moyen valable de connaissance de la vie, mis à part le contact avec la réalité vécue.

En procédant de la sorte, on préparera l'individu, avec un maximum d'efficacité, à la réalité vécue et partant, sans dire qu'on les supprimera complètement, on diminuera dans des proportions notables les risques d'apparition d'états réactionnels.

VI - CONCLUSIONS

Dans l'entourage des grands malades apparaît un syndrome psychiatrique particulier, composé essentiellement :

- d'une irritabilité avec orientation particulière contre le grand malade, se traduisant par une agressivité, une brusquerie à l'égard du grand malade, avec possibilité de manifestations paroxystiques,
- d'un état dépressif d'apparition très progressive avec : troubles du sommeil, troubles neuro-végétatifs, bouffées anxieuses, diminution de l'initiative, ralentissement psychique, pessimisme, pleurs, idées de suicide, anorexie, asthénie, amaigrissement. Cet état se complète rarement chez un même sujet.

L'évolution de ce syndrome, que nous nommons syndrome de l'entourage du grand malade, est assez étroitement subordonnée à l'évolution apparente et spectaculaire de la grande maladie. La fin de la grande maladie, quelle que soit cette fin, amène la guérison du syndrome.

Par la chronologie de son développement, par ses manifestations, par son évolution, le syndrome de l'entourage se distingue de la douleur morale qu'engendre la maladie d'un proche ou même de l'état réactionnel que pourrait déclencher ce choc moral.

Par ses circonstances déclenchantes, par ses manifestations, par son évolution spontanée et traitée, par ses séquelles, le syndrome de l'entourage se range dans la catégorie nosologique des états réactionnels.

A partir de nos constatations cliniques, et par analogie avec les états réactionnels, on peut définir au syndrome de l'entourage trois types de complications :

- 1) les psychoses de type réactionnel, le plus souvent dépression ou mélancolie. Dans leur genèse semble intervenir, souvent, une prédisposition pathologique héréditaire, congénitale ou acquise.
- 2) Le suicide de type réactionnel, complication majeure des états réactionnels en général, et auquel le sujet peut aboutir par l'intermédiaire d'une psychose réactionnelle du type cité précédemment.
- 3) L'homicide commis sur la personne du grand malade par le membre d'entourage ou "euthanasie" ; complication particulière au syndrome de l'entourage et qui semble être l'aboutissement d'une psychose réactionnelle de type dépressif ou mélancolique.

Cette évolution particulière des psychoses réactionnelles de l'entourage fait pendant à l'homicide altruiste des psychoses organiques correspondantes. Le suicide du membre d'entourage peut succéder à son geste homicide.

Le syndrome de l'entourage laisse presque toujours ses séquelles :

- troubles du sommeil
- modifications du caractère.

Le syndrome de l'entourage reconnaît deux types de traitement :

- un traitement palliatif, seule ressource tant que l'expérience vécue se poursuit, qui comprend :
 - a) l'action directe sur le membre d'entourage par la thérapeutique médicamenteuse et la psychothérapie,
 - b) l'action sur l'expérience vécue par le traitement symptomatique de la grande maladie, par l'aide compétente et continue aux soins, par la suppression de l'isolement grâce à des mesures d'assistance, par la séparation temporaire du membre d'entourage d'avec le grand malade.
- un traitement curatif, il n'est réalisé que par la fin de l'expérience vécue. Théoriquement, le médecin dispose de deux moyens pour y mettre fin :
 - a) la guérison du grand malade, généralement impossible.
 - b) l'hospitalisation définitive du grand malade, qui présente de grandes difficultés et nécessiterait la création de services hospitaliers spéciaux.

Une troisième modalité de fin de l'expérience vécue n'est pas à la disposition du médecin ; c'est la mort du grand malade.

La prophylaxie du syndrome de l'entourage apparaît sous deux jours différents :

- a) une prophylaxie particulière du syndrome qui consiste dans l'application préventive des mesures qui constituent le traitement palliatif, dès la découverte de la grande maladie, et si on ne peut réaliser l'hospitalisation immédiate et définitive du grand malade.
- b) une prophylaxie générale des états réactionnels, qui consiste à établir une nouvelle hygiène mentale, en élargissant les possibilités d'adaptation de l'homme à la réalité vécue.

Cette augmentation de l'adaptabilité peut s'obtenir en révisant la formation inculquée à l'homme. Cette révision doit s'envisager comme une restriction de la formation morale, quant à son importance et quant à son rôle dans la vie réelle, et comme l'instauration et la pratique méthodique d'une formation psychique. La base que nous proposons à cette formation psychique est la mise en contact de l'individu, dès l'âge d'enfant, avec tout ce qui reflète, fidèlement, les circonstances traumatisantes de la vie.

Vu, Le Président de Thèse :

J. DELAY

Vu, Le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- Contribution à l'étude des états réactionnels. Mme Agnès Masson. Annales Médico-Psychologiques. 1952. Tome I. P. 473.
 - Convalescence des états réactionnels. Id. P. 604.
 - Séquelles des états réactionnels. Id. P. 608.
 - Psychoses réactionnelles. C.J. Urechia. Encéphale. Septembre 1931. P. 591.
 - Contribution à l'étude de la socio-pathologie des affections mentales en rapport avec les difficultés de la vie. A Patel. Thèse de Paris 1939.
 - Les causes du suicide. Halbwachs. Strasbourg. 1930.
 - Crime et altruisme. Ch. Vallon et G. Génil-Perrin. Paris 1913.
 - L'homicide altruiste chez les mélancoliques et les persécutés. G. Pérussel. Paris 1923.
 - La mort par pitié. M. Pineau-Valencienne. Thèse de Paris 1931.
-

TABLE DES MATIERES

I - Introduction	p. 1
II - Etude clinique	p. 5
Observation n° 1	p. 7
Observation n° 2	p. 12
Observation n° 3	p. 17
Observation n° 4	p. 23
Observation n° 5	p. 28
Observation n° 6	p. 34
Observation n° 7	p. 40
Observation n° 8	p. 46
III - Récapitulation et commentaire des données cliniques	p. 51
Récapitulation	p. 51
Commentaire	p. 54
IV - Complications du syndrome de l'entourage	p. 60
Psychoses réactionnelles	p. 60
Suicide réactionnel	p. 61
Homicide "euthanasique"	p. 62
V - Traitement et prophylaxie	p. 71
Traitement	p. 71
Prophylaxie	p. 78
VI - Conclusions	p. 83
Bibliographie	

